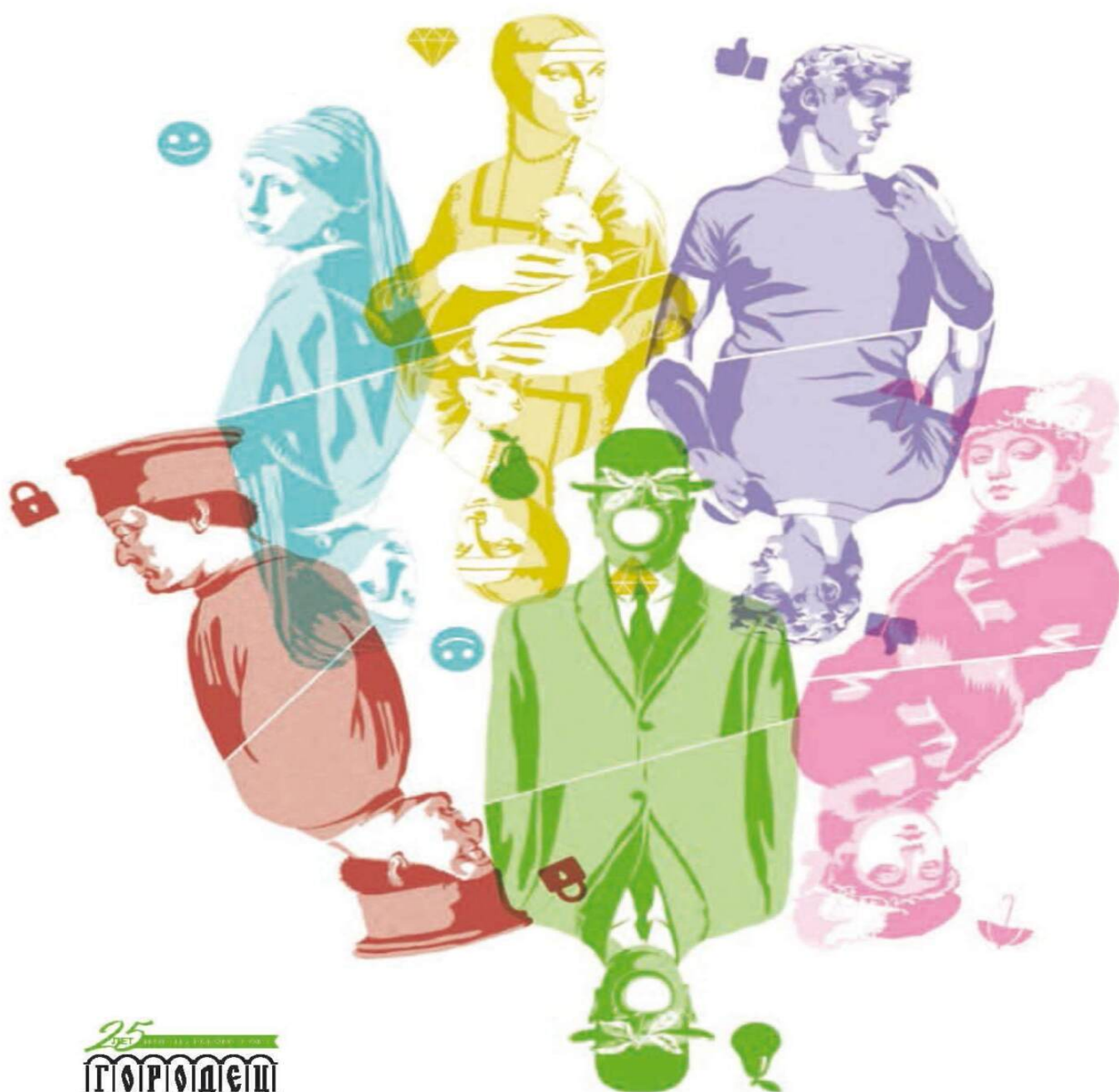


ПСИХИАТРИЯ В ЛИЦАХ ПАЦИЕНТОВ

ДИАГНОСТИЧЕСКИ НЕОДНОЗНАЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
СЛУЧАИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Владимир Менделевич



Владимир Менделевич

Психиатрия в лицах пациентов.

**Диагностически неоднозначные клинические
случаи в психиатрической практике**

Посвящаю эту книгу своим внукам – Вите и Алисе – с пожеланием продолжить врачебную династию и стать психиатрами или неврологами

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Представляем вам серию книг, необходимых как специалистам, так и всем, кто хочет найти себя в нашем сложном противоречивом мире. Это:

- классические монографии и учебники;
- современные работы по психиатрии и психологии;
- учебные пособия по актуальным психологическим дисциплинам;
- популярная и просветительская литература по психологии.

Предлагаемые издания расширят научные горизонты практикующих специалистов, а также познакомят с возможностями психологической науки всех тех, кому интересна данная тематика. Не замыкайтесь в себе, не оставайтесь со своими внутренними проблемами, которые кажутся порой неразрешимыми!

Эти книги позволят вам открыть для себя методы психоанализа, аналитической психологии, гештальт-анализа и каждому выбрать близкое направление, подскажут выход из сложной жизненной ситуации, помогут справиться с тревогой, депрессией, внутриличностными конфликтами и изменить свою жизнь к лучшему.



Наш издательский проект создан для вас.



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

С радостью представляем новую книгу проекта!

Треушникова Наталья Валериевна,

президент Союза охраны психического здоровья



© Менделевич В. Д., 2023

© ИД «Городец», 2023

Предисловие

Обычно психиатрия предстает перед читателем в виде учебников, монографий, научных статей, в которых автор сосредоточивается на описании психопатологических симптомов, закономерностей проявления различных психических и поведенческих расстройств, на рассмотрении механизмов возникновения недугов. Психиатрия раскрывает себя как загадочная, нетривиальная и довольно сложная научная дисциплина. Нередко за повествованием о психиатрии теряется человек, страдающий душевным недугом.

Но есть и иной способ познакомиться с психиатрией: изучить ее сквозь призму конкретного пациента, уникальных случаев болезни и увидеть за симптомами лицо и душу. Именно такому подходу и посвящена книга «Психиатрия в лицах пациентов». Она имеет подзаголовок – «Диагностически неоднозначные случаи в психиатрической практике». В книге собраны необычные, трудные для дифференциальной диагностики клинические примеры из жизни конкретных пациентов, наблюдавшихся у нас на протяжении последних лет. Нас привлекла в этих пациентах загадка диагноза их психического расстройства. Каждый описанный случай в своем роде уникален, часто приходилось по несколько раз встречаться с пациентами, уточнять у них их видение собственных страданий, иногда наблюдать годами только для того, чтобы понять, что нет никакой диагностической ошибки и что назначенная терапия оказалась эффективной.

Надеемся, что книга заинтересует коллег психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, наркологов, неврологов и всех, кому небезразлична судьба пациентов и кто стремится к объективности в психиатрии.

Даша-мухомор^[1]

Дифференциация между девиантными формами поведения и психическими, аддиктивными расстройствами с каждым годом становится все сложнее из-за видоизменения представлений общества о границах нормативности поведения [1]. Особые трудности возникают при оценке склонности молодых людей к экспериментированию с психоактивными веществами и к практике эпатажного поведения. Ниже приведен клинический случай, демонстрирующий данный феномен.

Дарья Д., 23 года. Наследственность психическими заболеваниями отягощена: отец, оба деда (со стороны отца и матери) страдали алкоголизмом. Родилась на 40-41 неделе нормально протекающей беременности, роды естественные. По шкале Апгар 9. В детском возрасте росла и развивалась без особенностей. Посещала детские дошкольные учреждения с полутора лет. Экстерном окончила среднюю школу, а затем с золотой медалью лицей им. Лобачевского при Казанском федеральном университете.

Семейная обстановка была напряженной: когда Дарье было 12 лет, отец ушел из семьи. Он злоупотреблял алкоголем, но, со слов матери Дарьи, агрессии в их адрес не проявлял. Отец не работал, не обеспечивал семью, Дарья отзывалась о нем негативно. С отцом в настоящее время не общается. Мать повторно вышла замуж, отчим также был склонен к злоупотреблению алкоголем. Дарья описывает эпизод, когда отчим в нетрезвом состоянии «приставал» к ней, затем он этот эпизод амнезировал, но просил у нее прощения. Отношения с ним, как и с отцом, были плохие. До настоящего времени общается с ним формально, без какой бы то ни было эмоциональной связи. Из-за напряженной семейной обстановки с подросткового возраста и в течение многих лет Дарья стремилась жить отдельно. Свою мечту реализовала в 18 лет, когда переехала в другой город и поступила в университет на геологический факультет. С детства мечтала стать геологом, поскольку очень нравилась природа, а также возможность общения «со взрослыми опытными людьми, которых в этой специальности множество».

В 19-летнем возрасте вышла замуж, развелась спустя три года. В настоящее время состоит в отношениях. Отметила, что с мужем отношения были неравными, поскольку она во всем ему потакала, даже несмотря на его раздражительность и несдержанность. Себя характеризует как легкого в общении человека. Всегда любила оживленные компании, легко сходилась с незнакомыми людьми. Была открыта и наивна. Со слов матери, Дарья с детства любила очень много читать, всегда нравилось что-то новое, всегда была любознательна, но слишком доверчива. Однажды подруга в кредит оформила на нее дорогой телефон, и ей пришлось выплачивать всю сумму самостоятельно, поскольку подруга куда-то пропала. Нередко у Дарьи возникали проблемы во взаимоотношениях с людьми из-за того, что пыталась всем помочь, проявлять участие («позволяю человеку проявить все отрицательные качества в отношениях со мной, наблюдаю за этим»). С ее слов, при этом она не давала собой манипулировать, поэтому часто сталкивалась с раздражительностью и злостью окружающих, ожидавших от нее иного поведения. Длительные отношения поддерживать не удавалось. Была склонна менять компании, города, «друзей», профессии. С детства испытывала интерес к изучению психологии. Нравилось «экспериментировать» в отношениях с людьми, «общаться, например, одновременно с уличными ребятами из группировок и с детьми из хороших семей, из гимназий, анализировать и сравнивать их поведение и эмоции».

В связи с этим считает себя отстраненной и холодной по отношению к людям («могу без проблем показать интерес, а потом мне наскучивает и я так же открыто это демонстрирую»). С мамой поддерживает близкие и доверительные отношения. После развода родителей появилась подруга, общение с которой происходило редко. Говорит, что обычно парни заменяли роль подруг, с ними было интереснее. Несмотря на то что считает себя «одиночкой», круг общения был широк и постоянно менялся. В последнее время появилось ощущение, что хочется, наконец, обзавестись постоянными приятелями.

Из психологических проблем отмечала частое возникновение «чувства пустоты», доставлявшее душевный дискомфорт. Пыталась заполнить его «кем-то и чем-то», «в отношениях с одним человеком не хватало понимания, нужно было общаться по-дружески с другим молодым человеком, так было легче». Чувство пустоты пыталась заглушить увлечением работой и интересами молодого человека, чтением, помощью другим людям. Утверждает, что в

настоящее время не может благополучно реализовать свою идентичность в материальном мире, потому что «не может найти среду, принимающую полную открытость и отсутствие рамок».

С первого класса школы стало ухудшаться зрение, в настоящее время миопия (-5). С пятого класса испытывает сильные головные боли, имеющие сезонный характер и обостряющиеся преимущественно осенью. В связи с этим ежегодно проходит лечение в отделении неврологии. У психиатров или наркологов никогда не наблюдалась, однократно обращалась к психологу, «чтобы разобраться в себе». Значимых перепадов настроения не замечала, всегда отмечала свою излишнюю эмоциональность, некоторую тревожность, которая, как правило, проходила при смене обстановки. Утверждает, что есть постоянное желание испытывать сильные эмоции, тяга к «моральному унижению» (так как «в эти моменты чувствую себя лучше, живой»). Отмечает свое «непостоянство» («часто бросаю все: и отношения, и работы меняю, потому что хочется чего-то нового»).

Когда Дарье было 12 лет, умерла ее бабушка, девочка очень тяжело переживала утрату, несколько дней ни с кем не разговаривала. Сообщает, что испытала необычные ощущения в день похорон («там в квартире было странное состояние, похожее на психоделический опыт»): «Заглушались другие люди, не видела их, в голове были какие-то необычные звуки, шум, мелодия, ощущение, как будто я одна стояла в комнате». После смерти бабушки стала «суперактивной», с еще большей энергией стала участвовать в деятельности школы, при этом фон настроения, с ее слов, не был повышенным, могла даже быть в подавленном настроении («яркая смена событий позволяла чувствовать себя лучше»).

Со слов Дарьи, на фоне повышенной активности в тот период стала стремительно терять в весе: за три месяца похудела на 14 кг (с 52 до 38 кг). Затем вес стал потихоньку расти и достиг 46 кг. «Сколько себя помню, все время худею, лишнего веса никогда не было. Класа с четвертого, когда хотела быть похожей на мальчика, поскольку играла только с мальчиками, хотела быть такой, как они, – худой».

В 11-летнем возрасте впервые попробовала *алкоголь*. Со слов Дарьи, быстро опьянела от пары глотков спиртного, упала, и «отключилась память». Регулярное употребление алкоголя началось с 17-18 лет, когда во время каникул в компании сверстников почти ежедневно выпивала до 0,5 литра водки. С самого начала употребления алкоголя отмечала, что на следующий

день после выпивки не в полной мере могла вспомнить, что происходило накануне («помнила только первый час употребления, потом – пропасть»). Но когда началась учеба после каникул, стала употреблять спиртное существенно меньше. Абстинентный синдром (синдром отмены) за время употребления алкоголя не наблюдался, никогда по утрам не выпивала из-за плохого самочувствия.

Некоторое время после развода (за год до обращения к психиатру) испытывала «тяжелое состояние», мучило ощущение неопределенности и неустроенности как в личной жизни, так и в работе. В этот период случайно оказалась в компании, которая употребляла мефедрон. Стала употреблять его раз в неделю, затем чаще. Очень нравились люди в этой компании, общение с ними приносило массу удовольствия: «это был мир IT-шников, крайне интересных людей». Совместное употребление мефедрона использовала и для того, чтобы понять, как разные люди ведут себя в состоянии опьянения. Однажды специально для этого ходила из комнаты в комнату в доме, где проходила вечеринка, и смотрела, как кто-то веселился, кто-то отдыхал, а кто-то «грезил и переживал ужастики». Была убеждена, что содержание переживаний наркотического опыта связано с характером человека, а не с самим веществом. На эту тему много рассуждала. Периодически в тот же период пробовала ЛСД, марихуану, экстази. В это время по утрам возобновила употребление алкоголя, для того чтобы «сгладить явления наркотической абстиненции».

Анализируя собственные ощущения и переживания от употребления разных наркотиков, делает вывод о различиях собственных реакций. Считает, что при употреблении мефедрона появлялись ощущения единения с миром, нравилось наблюдать за людьми в состоянии опьянения в компании. В период опьянения нравилось ощущение свободы, исчезновение страха высказывать свое мнение на людях. «Мефедрон помогал раскрыться». Усиления сексуального возбуждения в момент употребления не испытывала, хотя слышала о том, что такое возможно. Каждое утро после вечернего и ночного употребления тяжело переносила последствия наркотизации и считала, что необходимо заняться активной физической нагрузкой, чтобы облегчить состояние.

Отмечает, что во время употребления марихуаны (в общей сложности курила марихуану не более десяти раз) становилась «асоциальной», «казалось, что вообще ничего не понимаю». В момент опьянения появлялось ощущение

настороженности. «Люди как будто хотели сделать что-то плохое, потому что я им кажусь странной». Часто закрывалась в комнате, в этот момент сама себе отправляла сообщения в мессенджерах, «вела дневник сама с собой». Однажды в опьянении испытала необычные переживания, «видения» («передо мной появилась я, мое физическое я, но со злым лицом»). Ощущение измененности наступало уже при малых дозах наркотика.

ЛСД периодически употребляла с 19-летнего возраста. «Под ЛСД приятно было рассуждать, отключаться от мира, летать в фантазиях». Чаше употребляла вместе с супругом. Несколько раз в состоянии абстиненции чувствовала, что «ничего не понимала, терялась в том, что происходит вокруг, другие люди казались незнакомцами, вещи вокруг были как будто чужие, ощущение, как будто ты не в своей квартире». После прекращения употребления вновь начались проблемы с питанием, появились сонные параличи, стала раздражительной, «начала заикаться». «Я не могла нормально думать, мысли не собирались в кучу, поэтому особо не общалась с людьми: они меня не понимали, и я злилась на себя». Аппетит был снижен, но периодами наступали приступы переедания со стремлением есть большие количества высококалорийной пищи. После чего испытывала слабость, речь становилась «не такой, как обычно», скорость мышления замедлялась, девушка злилась на себя, иногда вызывала рвоту и засыпала. Значительного набора веса не было: вес рос плавно.

Активное употребление наркотиков продолжалось год, после чего решила отказаться от нелегальных психоактивных веществ и в течение года их не употребляла. Однако сообщила, что «для повышения концентрации внимания» изредка употребляет «легально разрешенный *сушеный красный мухомор* в капсулах». Покупает его на официальных сайтах в интернете. До этого внимательно изучила эффекты так называемого *мухоморного микродозинга* – применения сверхмалых доз вещества. Убеждена в его безвредности и в некотором смысле пользе для психического здоровья, в частности для стимулирования интеллектуальной деятельности.

В настоящее время нигде не работает, находится в поисках трудоустройства. Ранее часто меняла профессии. Во время обучения в лицее подрабатывала барменом, в период учебы в университете в течение года занимала должность младшего научного сотрудника в научно-исследовательском институте органической и физической химии, затем устроилась помощником заместителя директора по работе со студентами в Казанском федеральном

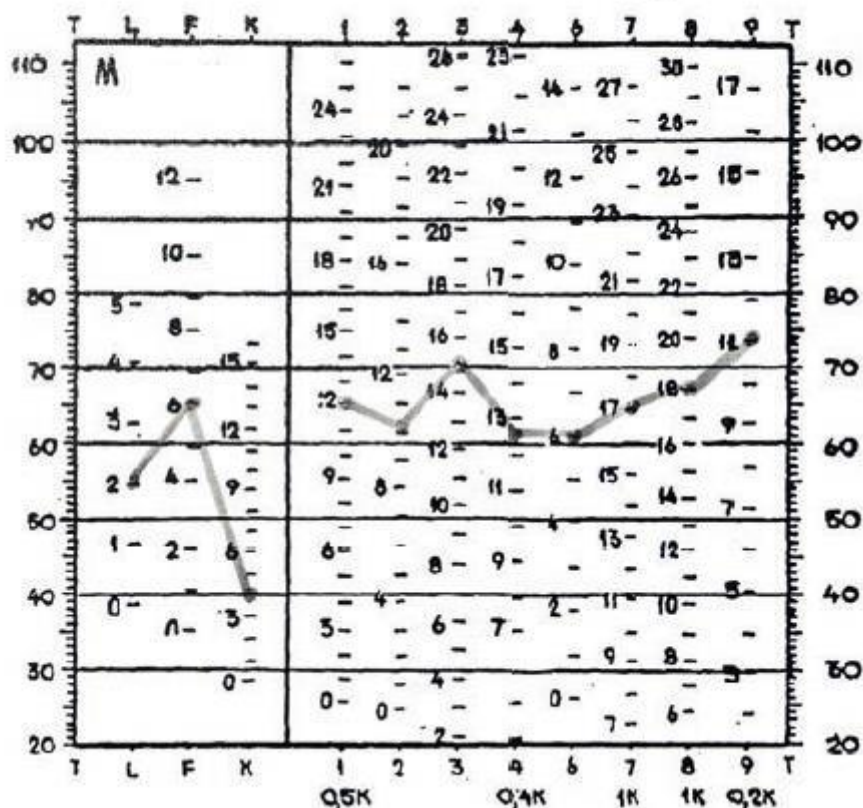
университете, где проработала три месяца. В рамках стажировки после окончания университета в течение года трудилась помощником главного технолога на нефтеперерабатывающем заводе. После замужества и переезда с супругом в другой город вновь устроилась на подработку барменом, а после развода и возвращения в родной город почти полтора года находилась в должности бизнес-аналитика. Уволилась по «идеологическим причинам, так как корпоративная этика этой организации не принимала открытость и отсутствие рамок в общении с партнерами и конкурентами».

Психический статус. Обратилась к психиатру по совету подруги, для того чтобы понять, не изменили ли наркотики ее здоровье. Себя психически или наркологически больной не считает. Активно жалоб не предъявляет. При расспросе уточнила, что она периодически испытывает «апатию, снижение энергии, перепады настроения, иногда раздражительность, чувство страха и тревоги, проблемы с питанием, бывает, что в мыслях крутится какая-то жвачка»: «Как будто я всех подвожу, как будто виновата в чем-то, кому-то причиняю боль». При этом в беседе активна, весела, игрива, смешлива, заинтересована в том, чтобы рассказать о себе как можно больше и точнее. Стеснения или смущения при обсуждении темы употребления наркотиков не испытывает. Чувства сожаления также не испытывает и даже немного бравирует этим. Со стремлением произвести впечатление на врача рассказывает об употреблении мухоморов и микродозинге. Склонна к анализу своего поведения, психологических и характерологических особенностей. Заинтересована в тщательном психиатрическом обследовании и установлении, страдает ли она психической или наркологической патологией. Мышление последовательное, нормального темпа, без признаков качественных и количественных изменений. Концентрация внимания достаточная, память не снижена, интеллект высокий. Признаков зависимости от наркотиков не выявляется.

Консультация невролога. Церебральная дисциркуляция, вертеброгенно обусловленная, в форме сосудистых цефалгий. МРТ: картина локального расширения субарахноидального пространства. Данных за патологические изменения вещества головного мозга не получено. Повторная МРТ: признаков

патологических изменений головного мозга не выявлено. ЭЭГ: альфа-ритм дезорганизованный, заостренный по форме с отдельными острыми колебаниями, регистрируется по всем областям с преобладанием по теменно-затылочным отделам, частотой 10-11 Гц, амплитудой до 130 мкВ. В ряду основного ритма регистрируются группы заостренных колебаний того же частотного диапазона, распространяющиеся на передне-центральные отделы, а также отдельные острые альфа-колебания с амплитудой не выше фоновой. Зональные различия – сохранены. Бета-активность – не усилена, низкоамплитудная, частотой порядка 16-25 Гц, регистрируется диффузно, с преобладанием в передне-центральных отведениях. Медленноволновая активность – регистрируется диффузно в виде низкоамплитудных колебаний тета-диапазона. Билатерально-синхронная активность – регистрируются частые билатерально-синхронные заостренные группы волн альфа-диапазона с амплитудой не выше фоновой. Реакция на открытие-закрытие глаз (ОГ – ЗГ) – ослаблена. Реакция на ритмическую фотостимуляцию (3-24 Гц) – усвоение ритма мельканий в широком диапазоне частот. Реакция на гипервентиляцию (3 мин.) – несколько усиливает билатерально-синхронную активность по индексу. *Заключение:* по данным ЭЭГ отмечаются легкие диффузные изменения БЭА; умеренные функциональные изменения БЭА диэнцефального генеза. Типичных эпилептиформных знаков и очаговой медленноволновой активности не выявлено.

Психологическое обследование (Мини-мульт):



По данным обследования выявляются пики по 9-й и 3-й шкалам, что может указывать на такие личностные характеристики, как энергичность, жизнерадостность, склонность к переменам, контактированию с людьми. Обычно лица с повышением 9-й шкалы по MMPI характеризуются тем, что их интересы могут быть поверхностными, неустойчивыми, а в поведении преобладает беспечность и переоценка своих возможностей. Кроме того, профиль личности с повышением третьей шкалы может указывать на стремление таких людей казаться больше, значительнее, чем они есть на самом деле, обратить на себя внимание.

Обсуждение

Следует признать, что случай Дарьи Д. не уникален, поскольку среди молодежи широко распространено экспериментирование с наркотиками и беспечным, рискованным образом жизни. Подавляющее большинство таких случаев не оказывается в поле зрения психиатров и наркологов, а с возрастом поведение таких лиц становится упорядоченным и адаптивным. Если же в силу

обстоятельств такие люди попадают на прием к психиатру или наркологу, то им обычно выставляется диагноз «употребление наркотиков с вредными (пагубными) последствиями (F1x.l по МКБ-10)» [2] и, возможно, «расстройство личности (F6)». В соответствии с клиническими рекомендациями, утвержденными Минздравом РФ, «пагубное употребление психоактивного вещества – это модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации)» [3]. В комментарии к клиническим рекомендациям делается уточнение, что для постановки диагноза должны учитываться следующие диагностические критерии пагубного употребления психоактивных веществ: 1) употребление ПАВ нанесло (или в значительной мере усугубило) вред физическому состоянию или психике пациента, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение; 2) употребление ПАВ может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений; 3) причиной вреда должно быть употребление ПАВ; 4) характер употребления ПАВ сохранялся по меньшей мере один месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев. Следует обратить внимание на несоответствие основных диагностических критериев «употребления с вредными последствиями» комментариям разработчиков рекомендаций.

Если оценить модель употребления наркотиков Дарьей Д., то обнаружится, что ни физического, ни психического вреда здоровью оно не оказало. А понятия «нарушение суждений, дисфункциональное поведение, неблагоприятные последствия для межличностных отношений» носят размытый и крайне субъективный характер. В процессе клинко-психопатологического обследования у Дарьи не обнаружено ни одного из перечисленных критериев. К тому же в МКБ-10 [4] прямо указано, что перечисленные феномены могут учитываться при диагностике, только если «приводят к инвалидизации». Кроме того, МКБ-10 отмечается, что тот факт, что употребление ПАВ вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством данного диагноза.

Как показало обследование, у Дарьи Д. не было обнаружено признаков синдрома зависимости (Fix.2), что также позволяет предполагать, что она не страдает никакой наркологической (аддиктивной) патологией, несмотря на многолетнее употребление ЛСД, мефедрона, экстази и продолжающийся прием сушеного красного мухомора в рамках стратегии микродозинга. При клиническом обследовании выявлено, что подобный подход считается до настоящего времени легальным, популярным и отражает мировоззрение довольно большого числа молодых людей [5]. С их точки зрения, употребление сушеных грибов в дозировке, не превышающей нескольких граммов, полезно для стимуляции активности и купирования депрессии. Современные научные данные не подтверждают такой вывод [6, 7].

В процессе обследования Дарьи Д. ставился вопрос о допустимости выставления ей диагноза «расстройство личности смешанного типа», однако у нее не было обнаружено явных признаков социальной дезадаптации и нарушения самоактуализации, необходимых для корректной диагностики.

Таким образом, несмотря на то что обществом поведение Дарьи Д. могло расцениваться как эпатажное и рискованное, не представлялось обоснованным выставить ей какой бы то ни было психиатрический или аддиктологический диагноз. Дальнейшее наблюдение может способствовать контролю динамики психического состояния Дарьи и оценке правильности диагностического решения.

Литература

1. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. М.: Городец, 2016. 386 с.
2. Кузнецов В. В. Употребление ПАВ с вредными последствиями – фейк-диагноз // Неврологический вестник. 2019; 1:47-51. [Электронный ресурс] URL: <https://journals.eco-vector.com/1027-4898/article/view/13559> (дата обращения: 27.01.2023).
3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ Пагубное употребление. Клинические рекомендации. МЗ РФ. [Электронный ресурс] URL: http://r-nl.ru/actualdoc/2018/kp2018/kp_pagubnoe_upotreblenie2018upd.pdf (дата обращения: 27.01.2023).

4. Международная классификация болезней (МКБ-10). [Электронный ресурс] URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4048> (дата обращения: 27.01.2023).
5. Baba Masha, Fadiman J. *Microdosing with Amanita Muscaria: Creativity, Healing, and Recovery with the Sacred Mushroom*. Park Street Press. 2022: 352.
6. *Polito V., Stevenson R. J.* A systematic study of microdosing psychedelics. PLoS ONE. 2019; 14 (2): e0211023. doi.org/10.1371/journal.pone.0211023 (дата обращения: 27.01.2023).
7. *Szigeti B., Kartner L., Blemings A. et al.* Self-blinding citizen science to explore psychedelic microdosing. eLife. 2021; 10: e62878. DOI: <https://doi.org/10.7554/eLife.62878> (дата обращения: 27.01.2023).

Alter ego^[2]

За годы развития клинической психиатрии сложились устойчивые диагностические правила, которые не подвержены кардинальному пересмотру даже при изменении классификаций. К таким незыблемым канонам относится разделение психопатологических симптомов на психотические и непсихотические, на котором строится, например, судебно-психиатрическая экспертиза. До настоящего времени считается, что появление отдельных психотических феноменов в структуре непсихотических (невротических) расстройств автоматически позволяет считать это расстройство психотическим.

В последние годы психиатрия столкнулась с новым вызовом: отдельные психотические проявления (галлюцинации, бред) все чаще стали наблюдаться при расстройствах аутистического спектра [1], пограничном расстройстве личности [2, 3] и некоторых других психических расстройствах, что приводит к необходимости пересмотра взглядов ученых на закономерности психогенеза [4]. При этом речь идет не столько о коморбидности, сколько о вкраплении в непсихотическое расстройство психотических симптомов.

Отдельное место среди таких психических расстройств занимают диссоциативные (конверсионные) расстройства, и особенно так называемое расстройство множественной личности (F44.81 по МКБ-10), где значимое место в структуре занимают психотические, псевдопсихотические или субпсихотические симптомы. Клинический случай Даниила А., 19 лет, приведенный ниже, уникален не столько тем, что это первый развернутый случай расстройства множественной личности, описываемый в русскоязычной научной литературе, сколько тем, что шизофреноподобная симптоматика с клиническими феноменами, обычно относимая к галлюцинациям или бреду, наблюдаемая у Даниила, ставит перед психиатрами трудные вопросы квалификации этих феноменов и поднимает проблемы толкования психопатологических феноменов. Загадки, которые задает ученым случай Даниила, требуют изменения взгляда психиатров на некоторые психопатологические симптомы и их дифференциацию.

Даниил А., 19 лет. Обратился к неврологам с жалобами на судорожные приступы. Также сообщил об особых состояниях «раздвоения личности»,

наличие «второй сущности», раздражительность, тревожный сон.

Анамнез заболевания. Первые признаки заболевания сам пациент относит к возрасту шести лет. Однако не придавал этому большого значения и никому о своих переживаниях не рассказывал до 15-летнего возраста. Окружающие и родственники не замечали никаких странностей в поведении и высказываниях Даниила. Держал все «как бы в тайне», объясняя это страхом, что окружающие могут посчитать его «психом». Периодически на фоне боязни темноты и устрашающих сновидений просыпался с приступами тревоги и подолгу не мог уснуть. В начальные-средние школьные годы начал слышать «голос» внутри головы, вступать с ним в диалог. «Голос» имел преимущественно комментирующий характер, временами в трудных ситуациях оказывал поддержку, советовал, как «быть сильнее, жестче». В дальнейшем «голос» появлялся, но чаще всего в стрессовых ситуациях, когда Даниил испытывал страх, тревогу или беспокойство. В какой-то период времени происходил «переход «голоса» в зрительный образ: «он» представал в виде страшных физиономий, «жутких, обгорелых и полумертвых лиц». Обычно Даниил видел его боковым зрением. Несколько раз ощущал, что «словно оказывался в ином месте, в темной комнате, наедине с этим голосом – образом», вел с ним непонятное общение.

В этот же период присоединились состояния, которые Даниил описывает как «замену» своей личности на «иную сущность». Продолжительность таких состояний колебалась от нескольких часов до полутора суток. Рассказывает, что в эти периоды не управлял своим телом и действиями, видел все происходящее, как в фильме, и практически не мог контролировать себя. Также отмечает, что «вернувшись в свое тело», временами испытывал «провалы в памяти» на весь период «овладевания личностью». После выхода из подобного состояния испытывал боли распирающего характера, преимущественно по левой стороне тела. Считает, что эта «личность-сущность» не раз оказывала ему помощь, выручала в трудных ситуациях, помогала в конфликтах и драках. Приписывает ей такие качества, как «духовность, смелость», но временами выраженную агрессивность и конфликтность. Свое отношение к «сущности» считает неоднозначным, тяготится и «побаивается» ее появлений, но в то же время называет ее «защитником» («он мне как старший брат»).

В значительной степени все симптомы усугубились с 15 лет, когда Даниил получил тяжелую травму с разрывом мышц бедра и последующими многократными оперативными вмешательствами под общим наркозом и длительным периодом реабилитации. Травма была получена на уроке физкультуры в школе, когда при подъеме на канату Даниила потемнело в глазах, он потерял сознание и сорвался вниз. Каких бы то ни было судорог не отмечалось, сознание восстановилось быстро. Даниил переживал о своих перспективах в жизни, беспокоился о том, сможет ли полноценно ходить. Пришлось перейти на домашнее обучение, по этому поводу также сильно переживал: впереди предстояли выпускные экзамены. Эмоциональное состояние было неустойчивым: переживал вспышки гнева, плакал, ругался с родными. В этот период впервые появились судорожные сокращения с тоническим напряжением ног/ноги и выраженной болью. Данные состояния послужили поводом для обследования в неврологических детских стационарах, где был впервые предположен диагноз «эпилепсия». Затем у пациента появились другие пароксизмальные состояния. Одни из них проявлялись в виде двусторонних тонических судорог конечностей и всего тела с выраженной болезненностью, другие – с наличием клонических элементов в виде «тряски» тела и конечностей. Степень напряжения мышц во время повторявшихся приступов варьировала с развитием «перекоса» лица, опистотонусной позы, изгиба «мостиком». Все приступы протекали с полной сохранностью сознания, открытыми глазами, а также с возможностью понимания обращенной речи, ответов на вопросы. При этом речь была искажена, иногда полностью утрачивалась. Длительность приступов составляла от 30 минут до нескольких часов. После того как вызванная бригадой скорой помощи вводила диазепам, приступ мог прекратиться, но вновь начаться через короткий промежуток времени. Приступы появлялись с периодичностью два-три раза в неделю. Мать пациента (медик по профессии) в последние месяцы «научилась обрывать» приступы внутривенным введением магнезии, причем приступ прекращался уже на первых секундах введения препарата и даже в значительном разведении его физиологическим раствором. После приступов несколько раз наблюдалась обездвиженность всех конечностей или одной стороны, отсутствие речи иногда в течение двух-трех дней. С подозрением на инсульт Даниил несколько раз госпитализировался в больницы. Проводилась РКТ головного мозга, в рамках которой наличие патологии мозга исключалось. Был направлен к детскому неврологу-эпилептологу с диагнозом

«вегетативные кризы, церебрастения, синкопальные состояния». Эпилептолог предположил, что приступы носят эпилептический характер, и назначил конвулекс. На фоне приема конвулекса, со слов больного, появились эпизоды ночного снохождения, сочетавшиеся с нарушениями пищевого поведения: в таком состоянии шел к холодильнику и брал еду. В этот период значительно усилились имевшие место ранее психопатологические симптомы, которые пациент стал осознавать, он тяготился ими. Кроме того, появились страх и ощущения дежавю (он считал это «продолжением снов»). Стали возникать эпизоды злобности, раздражительности, которые объяснял наличием «второй сущности», которая живет в его теле.

На фоне приступов стал чаще слышать «голос», участились случаи «подмены» личностью-сущностью. На фоне глубоких переживаний, не зная, что делать, Даниил раскрылся перед матерью, рассказал, что уже многие годы слышит «голос», имеет общение с «личностью – Альтер эго», «вступил с ней в договор». Обеспокоенная мать настояла на консультации психиатра, и для обследования Даниил был госпитализирован в отделение психиатрической больницы. В стационаре часто давал эмоциональные реакции, плакал, жаловался на тревогу и беспокойство, ночами спал с пробуждениями. Трижды повторялись «судорожные приступы». Постепенно, по описанию, на фоне лечения (гидроксизин, флувоксамин, карбамазепин, фенобарбитал, депакин) «купировалась галлюцинаторная симптоматика». Был выписан с диагнозом «органическое расстройство личности в связи с эпилепсией, с частыми полиморфными пароксизмами и психотическими состояниями. Височная эпилепсия». После выписки психоневрологическое состояние не нормализовалось: сохранялись состояния «подмены личности», которые мать пациента считала «причудами». Именно поэтому она заставила Даниила пройти процедуру «изгнания бесов», которая не привела к исчезновению этих переживаний. Продолжали беспокоить стереотипные «судорожные приступы». Лечение антиконвульсантами в течение 3,5 года включало как монотерапию препаратами вальпроевой кислоты, карбамазепина в адекватных дозировках, так и в комбинации с использованием фенобарбитала и ламотриджина. На период настоящего наблюдения принимал в сутки: депакин хроно 2000 мг, ламотриджин 250 мг, фенобарбитал 200 мг. За весь период терапии снижения частоты приступов достигнуто не было. Многократно консультировался эпилептологами по поводу диагноза «фокальная эпилепсия в сочетании с органическим расстройством личности в

связи с эпилепсией». Для уточнения диагноза проводились видео-ЭЭГ мониторинги, не обнаруживавшие эпилептиформную активность. Во время последнего ночного видео-ЭЭГ мониторинга был зафиксирован типичный для больного двигательный «эпилептический» пароксизм, не сопровождавшийся изменениями электрической активности мозга. *Заключение:* «Эпилептиформной активности на ЭЭГ за время проведенного исследования зарегистрировано не было. С учетом клинической картины вероятно наличие неэпилептического (диссоциативного) характера приступов». При настоящем обследовании больного по рекомендации невролога была проведена серия домашних видеосъемок приступов, которые выявили множественные признаки функционального (конверсионного) их характера. Больному во время периода наблюдения был объяснен характер его приступов, изменена схема терапии: постепенно произведена отмена фенobarбитала, депакина, уменьшена доза ламотриджина до 100 мг в сутки и увеличена доза флувоксамина до 150 мг. На этом фоне отмечалось значительное уменьшение частоты «судорожных» приступов до 1 раза в месяц. Однако Даниил по-прежнему «слышал голос», испытывал «подмены другой личностью-сущностью». До настоящего времени пациент находится в диспансерной группе наблюдения в психоневрологическом диспансере. Живет дома, редко выходит на улицу, тщательно опекается матерью. Круг интересов сузился до просмотра телепередач и онлайн-игр.

Переживает насчет своей несостоятельности, не имеет представления о будущем, в то же время считает себя больным, желает исправить имеющуюся медицинскую проблему

Анамнез жизни, со слов пациента, его матери и по данным медицинской документации. Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена. Пациент родился от первой беременности, первых родов. Беременность протекала на фоне раннего токсикоза. Родоразрешение проходило путем наложения акушерских щипцов – родился в асфиксии, 2 балла по шкале Апгар. Был выписан из роддома на десятый день в удовлетворительном состоянии. Рос и развивался в соответствии с возрастом. От сверстников в умственном и физическом развитии не отставал. В возрасте 5-7 лет наблюдались сноговорения в форме простых бормочущих звуков и нечленораздельных слов. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ, детские инфекции (корь, ветрянка). С раннего детства отмечались частые головные

боли, плохая переносимость духоты, в связи с чем наблюдался у неврологов с диагнозом «резидуальная энцефалопатия». Всегда имел гиперстеническое телосложение, ожирение, существенного дискомфорта по этому поводу не испытывал. У эндокринологов не обследовался. Неоднократно получал черепно-мозговые травмы без потери сознания, переломы и растяжения в ходе драк и спортивных игр. Гемотрансфузии, туберкулез, венерические заболевания и гепатиты отрицает.

Детский сад посещал с двухлетнего возраста. Периодически, когда не хотел туда идти, начинал кричать, плакать, временами до рвоты, но только в присутствии матери. В коллективе детей удерживался, воспитателей слушался, но общался избирательно – с одним-двумя мальчиками. Заводилой и лидером не был, больше нравились спокойные игры. В утренниках участвовал: читал стихи, пел песни, радовался и получал удовольствие, когда на него смотрели, обращали внимание. По характеру был впечатлителен, раним, обидчив, раздражителен, иногда конфликтовал со сверстниками. В среднюю школу пошел своевременно. В начальных классах учился хорошо, заметно больший интерес проявлял к гуманитарным дисциплинам. Начиная с пятого класса начал учиться несколько хуже, среди оценок чаще стали появляться тройки. В школьные годы так же, как и до этого, к общению со сверстниками стремился, но отношения с основной массой детей не ладились из-за заносчивого и обидчивого характера Даниила. В четвертом классе школы оказался в одном коллективе с «проблемными» детьми, вследствие чего неоднократно становился жертвой их нападок, но по-прежнему старался в случае чего «постоять за себя». В течение двух лет в ходе совместной работы школьного психолога и классного руководителя отношения между ним и другими учениками выровнялись.

В школе часто спорил с учителями из-за оценок, любил доказывать свою правоту. Считал, что имели место регулярные их занижения, несправедливые дисциплинарные взыскания и просто «недопонимание». На фоне такой ситуации в восьмом классе семьей было принято решение о переводе в другую школу. В новой школе ни с кем из сверстников дружбы не завел, много времени провел на домашнем обучении в связи с травмой ноги. Итоговую государственную аттестацию сдал удовлетворительно. После 9-го класса поступил в сельскохозяйственный техникум по специальности «землеустройство». Полноценно отучился лишь первый курс, на втором взял академический отпуск «по состоянию психического здоровья», в котором

находится по настоящее время.

Из семейно-бытового анамнеза. Рос старшим ребенком в семье, в нормальных бытовых условиях. Есть младшая сестра, разница в возрасте 10 лет. По описанию пациента, мать – добрая, отзывчивая, временами чрезмерно опекающая, по профессии – лаборант-медик. Отец по характеру более холодный, отстраненный, но в целом понимавший сына. Всю жизнь работал инженером в командировочном режиме, в связи с чем участия в жизни семьи практически не принимал. В настоящее время родители находятся в разводе. Пациент проживает с матерью и сестрой, отношения дома ровные. Свободное от учебы время Даниил всегда больше проводил дома, помогая матери. Иногда гулял с небольшой компанией ребят: обсуждали учебу, фильмы, играли в футбол. Из самых любимых занятий – компьютерные игры. Последние несколько лет активно увлекается онлайн-играми, нередко проводит за ними всю ночь. В школьные годы некоторое время увлекался спортом, посещал секцию легкой атлетики, ходил на самбо и карате. Имел успехи, участвовал на некрупных соревнованиях, но из-за частых травм прекратил посещение данных кружков. Трудового стажа, опыта «подработок» нет. Приводов в полицию не имеет, к уголовной и административной ответственности не привлекался. Половое созревание с 13 лет, недлительное время испытывал симпатию к однокласснице, гулял с ней, ходили несколько раз в кино. Половой жизнью не живет, сексуального опыта не имеет. Алкоголь употребляет редко – в компании друзей на праздники. Толерантность ограничивается бутылкой пива, запои отсутствуют, в состоянии алкогольного опьянения практически не был. Курит табак с 15 лет, предпочитает «электронные сигареты». Наркотики, иные психоактивные вещества никогда не пробовал.

Психический статус. В начале встречи заметно волнуется, говорит о том, что ему сложно рассказывать о своих переживаниях во время консилиума, на котором присутствует несколько десятков врачей. Просит разрешения во время беседы не смотреть на аудиторию. В контакт вступает охотно, понимает значение проведения консилиума, но считает, что никакими лекарствами изменить его состояние невозможно. От ответов на некоторые вопросы отказывается, ссылаясь на то, что ему тяжело вспоминать и, кроме того, шутит, что «присутствующие врачи могут не выдержать, когда услышат подробности

о его психопатологических состояниях». Подробно, но без избыточной детализации рассказывает о «судорожных приступах» и симптомах, их сопровождающих. Не настаивает, но склоняется к тому, что они практически всегда провоцируются стрессами и скандалами в семье. Отмечает, что после перехода на домашнее обучение частота приступов заметно уменьшилась. Приступы никогда не возникали в людных местах (в техникуме, на улице, в магазине) и могли появляться исключительно в домашних условиях. Семейную ситуацию Даниил характеризует как напряженную. Жалоб на периодически возникающие «замены личности» не предъявляет, рассказывает об этом как о факте своей жизни. Отношение к «заменам» и «голосам» двойное: с одной стороны, утверждает, что вторая личность поддерживает его, защищает и позволяет выходить из сложных житейских ситуаций, с другой стороны, страшится, что не сможет контролировать поведение другой личности и она совершит что-то опасное. Вспоминает, как однажды около техникума к нему пристали неизвестные молодые люди и в него «вдруг вселился тот – другой»: ввязался в драку и помог справиться с нападавшими («сам бы я такого сделать не смог»). Характеризует себя как эмоционального, впечатлительного и застенчивого человека, но соглашается, что в последнее время стал раздражительным, особенно в общении с матерью и сестрой. Утверждает, что осознал происшедшее во время драки только после того, как увидел кровь на лице одного из нападавших и «понял», что это его «рук дело». Подробностей драки не помнил. Говорит о том, что в некоторых случаях может предвидеть появление приступа «замены личности». Как-то во время урока в техникуме, когда в аудитории был «неимоверный шум и гам», почувствовал тревогу и надвигающуюся «замену личности». Вышел из класса и обратился за помощью к медику. Выпил таблетку успокоительного – состояние нормализовалось.

Демонстрирует желание разобраться в том, что с ним происходит. Появляющийся у него «голос» подробно не характеризует: то говорит, что это его «вторая сущность, имеющая более грубый голос и характер», то сообщает, что «голос» бормочущий. Не видит противоречий в изменениях этого феномена. Затрудняется с определением локализации «голоса», старается не уточнять, «слышит» ли «голос» извне или внутри головы. Упор делает на характеристике «второй сущности». Отношение к «голосу» и «второй личности» неоднозначное: с одной стороны, «уже привык» к нему, в то же время иногда тяготится состояниями «подмены другой личностью». Охотно и в деталях рассказывает о своих ощущениях в момент «замены». Отмечает, что

подобные явления также случаются в ситуациях стресса, опасности, конфликтов. В периоды «овладевания» эта «сущность» может «кого-нибудь ударить», но инициатором конфликтов не является – в основном только «отвечает», «не дает в обиду». Рассказывает, что временами даже в спокойной обстановке «личность просится наружу», возникает подобное примерно раз в три дня, поскольку у Даниила со своим альтер эго такой уговор. Пояснить, что он понимает под термином «альтер эго», не может. Рассказывает, что иногда полностью забывает происходящее на момент «замены»: могут «всплывать» отдельные кадры уже после выхода из подобного состояния. Стоит отметить, что жалобы на данную симптоматику не носят тягостного для пациента характера: он озвучивает их изолированно от жалоб на судорожные пароксизмы и не видит между ними прямой связи.

Психически больным себя не считает, но и отвергает версию матери о происходящем как о «вселении в него бесов». С воодушевлением рассказывает о своем опыте экзорцизма. В момент, когда в беседе с психиатром была затронута эта тема, повернулся к аудитории врачей и с учительской интонацией рассказал о процедуре изгнания бесов. Сообщил, что под маминым давлением пришел на эту процедуру, хотя придерживается строгих научных взглядов. С ироничной интонацией рассказал, как вокруг него совершали «танцы с бубном», пытаясь избавить его от «замен личности». В момент, когда обращался к врачам с этой историей, не отмечалось ни стеснения, ни смущения, которые сопровождали беседу до тех пор.

Внимание концентрирует достаточно, память и интеллект не снижены, сознание ясное. Мышление логичное, последовательное, продуктивное, без ассоциативных нарушений. Речь грамотная. На вопрос о том, может ли он произвольно во время беседы с психиатром сделать так, чтобы произошла «замена» и он предстал в виде другой личности, сообщил, что такое невозможно: «это приходит самопроизвольно».

Консультация психолога. Работает в быстром темпе, инструкции усваивает и удерживает в процессе выполнения. Задания выполняет старательно, с заинтересованностью, при затруднениях использует помощь специалиста. В эксперименте – активное внимание с пониженной концентрацией с признаками истощаемое™ в нагрузочных пробах. По таблице Шульте: 54", 1'02", 1'02", 1'24". Механическая непосредственная память с легким снижением запоминания (из 10 слов: 4, 5, 5, 7, отсрочено – 5). В пиктограммах

ассоциации в основном конкретно-атрибутивные, стандартные, в единичных случаях индивидуально-значимые, с адекватными объяснениями. Расположение рисунков упорядочено, рисунки пронумерованы с признаками органического симптомокомплекса. При исследовании мыслительной сферы (методики исключения предметов, классификация, сравнение понятий, простые аналогии) при доступности понимания сложных обобщений, наличия категориального уровня мышления, способности к абстрагированию обнаруживается опора на латентные признаки предметов («вентилятор лишний, а гвоздь, пчела и самолет от проводов работают»), в суждениях отражает своеобразную, надуманную сторону явлений, снижение уровня критичности мышления. При сравнении простых и сложных пар понятий руководствуется в основном существенными признаками и различиями по функциям, в отдельных парах понятий – латентными признаками («стакан – петух» – «оба в себя могут что-то вмещать, стакан жидкость, петух органы»; «бочка – бабочка» – «похожи по звучанию слов»). Способность к установлению логических взаимосвязей не нарушена, при образовании аналогий подбирает верные понятия, в установленных рамках. Переносный смысл пословиц, идиом на уровне метафор доступен. При объяснении смысла рассказа «Колумбово яйцо» дает качественные пояснения с пониманием сути. Последовательность событий по серии картинок умеренной сложности устанавливает верно, рассказ с пониманием смысла сюжета.

При доступности понимания сложных обобщений, наличии категориального уровня мышления, способности к абстрагированию проявляется нечеткость смысловых дифференцировок, надуманность суждений, недостаточность критичности в сочетании с пониженной концентрацией внимания с истощаемостью в краткосрочных пробах (при достаточном темпе работы в эксперименте), с легким снижением механической памяти при улучшении логико-смыслового запоминания. Профиль личности по MMPI: акцентуация по гиперстеническому типу, импульсивность, вспыльчивость и гневные реакции, нетерпимость к иным мнениям, упрямство, недоверчивость, подозрительность, протестность, сниженный фон настроения и неудовлетворенность сложившимися обстоятельствами, эмоциональная напряженность, вспышки враждебности.

Консультация невролога. Резидуальная энцефалопатия в виде частых вегетативных кризов, церебрастении, краниалгии, синкопальных приступов.

Криптогенная фокальная эпилепсия? *Консультация профессора-невролога.* Функциональные (псевдоэпилептические) приступы у больного с возможными единичными эпизодами эпилептических приступов в анамнезе (?). *ЭЭГ рутинная:* очаговой медленноволновой и эпилептиформной активности на момент записи не зарегистрировано. *МРТ головного мозга:* все мозговые структуры, желудочковая система, белое и серое вещество без патологии. *МРА артерий головного мозга:* данных за патологические изменения интракраниальных артерий не выявлено. Вариант развития Виллизиева круга (не замкнут). *Консультация офтальмолога.* Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Обсуждение

Клинический случай Даниила А. представляет сложности не только в плане диагностики конкретного психического расстройства по МКБ-10, но и в ракурсе точной квалификации выявленных психопатологических феноменов. Сходные трудности возникли и у неврологов, анализирувавших механизмы развития судорожных пароксизмов. Вся клиническая картина заболевания пациента может быть разделена на две группы симптомов: пароксизмальные двигательные нарушения и шизофреноподобные расстройства. Предполагалось, что в рамках диагностического поиска эти две группы симптомов могут быть и связаны между собой, и представлять независимые друг от друга феномены.

Известно, что для психиатров дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических (функциональных, диссоциативных) пароксизмов строится на так называемой негативной диагностике – диагноз функциональных расстройств выставляется только в случае исключения неврологами «органической» основы [5]. Как показал анамнестический и видеоанализ особенностей протекания пароксизмов, в его структуре отсутствовали критерии, позволявшие отнести их к кругу истинно эпилептических. К эпилептическим были отнесены: высокая продолжительность приступов, сохранность сознания во время «судорожных генерализованных» пароксизмов, вычурность двигательных феноменов, приступа с наличием в том числе «мостика» и опистотонусной позы, быстрое купирование с помощью лекарств, не способных приводить к прерыванию эпилептических пароксизмов. Данные видео-ЭЭГ мониторинга приступа позволили сделать заключение о «неэпилептическом» (функциональном, диссоциативном) характере пароксизмов. Последующая отмена значительной

части противоэпилептической терапии и образовательная беседа с больным относительно характера приступов также дополнили предположение о функциональном происхождении последних.

Значительные сложности возникли при анализе психопатологических особенностей, носящих шизофреноподобный характер. К феноменам, требовавшим четкой психиатрической трактовки, относились жалобы на «голоса» и утверждения пациента, что в нем периодически происходит «замена [его] личности», появляется «вторая сущность», его альтер эго. Описания Даниилом «голосов» носило неоднозначный характер: он не утверждал, что «слышал голос», а говорил, что тот у него возникает в ситуации, когда он «ведет со своим Альтер эго внутренний диалог», и не считал, что этот «голос» принадлежит конкретному постороннему живому человеку или существу. При этом пациент утверждал, что «голос, принадлежавший другой его сущности», отличался от его собственного грубым звучанием и резкостью. Он не мог и не стремился локализовать источник «голоса», поскольку считал, что это его собственный, но немного искаженный голос. То есть психопатологический анализ не позволяет утверждать, что в клинической картине заболевания пациента Даниила присутствуют вербальные истинные или псевдогаллюцинации. Они не обладали ни характером реальности, ни параметром «сделанности», а пациент не утверждал, что слышал их звучание. Данный феномен можно было трактовать как галлюциноиды [6]. По мнению В.И. Крылова [7], галлюциноиды не «вписываются» в реальную действительность, при них отсутствует чувство сделанности или наведенности, а отношение больных к образам критическое, с пониманием их нереальности. При них нередко происходит смешение понятия «звучание (собственных) мыслей» и «голоса». Этому феномену была посвящена работа В.М. Бехтерева «О слышании собственных мыслей» [8], в которой автор утверждал, что «галлюцинации слуха есть не что иное, как патология мышления, что галлюцинации возникают при фиксации больного на собственных мыслях» и что «если внимание больного сосредоточивается на собственных мыслях, то слуховой отзвук, превращающийся в галлюцинаторный образ, апперцептируется вслед за апперцепцией мыслей больного, и тогда больной слышит лишь повторение собственных мыслей». Высказывалась точка зрения о связи внутренней речи с вербальным галлюцинозом [9], и указывалось, что феномен inner hearing (внутренняя речь) может предрасполагать к вербальному галлюцинозу [10]. В этом ряду особо

выделяется понятие «вербальное воображение», родственное понятию «внутренняя речь» [11], которое, в свою очередь, близко к вербальному галлюцинозу, но им не является [12].

По мнению А. Moskowitz, D. Corstens [13], «слышание голосов следует рассматривать как диссоциативный опыт, который при некоторых условиях может иметь патологические последствия. Другими словами, хотя голоса могут возникать в контексте психотического расстройства, их не следует однозначно считать психическим расстройством».

Другой феномен – утверждения пациента о том, что в нем периодически происходит «замена [его] личности», появляется «вторая сущность», его «альтер эго» – требовал дифференциации между понятиями «бред» и «бредоподобные фантазии». Если предположить, что клиническую картину заболевания Даниила представлял бред, то это мог быть только бред метаморфозы, для подтверждения которого требовались доказательства наличия убежденности пациента в том, что он превращен не по своей воле в какое-либо животное, птицу, мифическое существо или даже в неодушевленный предмет. Данный вид бреда относится к кругу чувственных, возникает остро, нередко сочетается с синдромом Кандинского – Клерамбо, не может проявляться изолированно от других форм бреда и возникать пароксизмально [14]. Следовательно, утверждения Даниила о том, что в нем периодически происходит замена одной его личности другой, не могут быть признаны бредом (паранойей). В психиатрической литературе «бредоподобные фантазии» понимаются как небредовые причудливые фантастические идеи [15], иногда обозначаемые термином «патологическое фантазирование», а в анализируемом случае Даниила А. «симптомом перевоплощения». Бредоподобное фантазирование причисляется к псевдологии, а не к бредовым синдромам [16].

Таким образом, клиническая картина заболевания Даниила А., внешне проявляющаяся шизофреноподобной симптоматикой, не соответствует критериям диагностики параноидной шизофрении, а совпадает с диагностическими критериями расстройства множественной личности (по МКБ-10, F44.81) или диссоциативного расстройства идентичности (ДРИ). К таким критериям относятся: а) существование двух или более различных личностей внутри индивида, когда только одна из них присутствует в конкретное (данное) время; б) каждая личность имеет собственную память, предпочтения и особенности поведения и временами (периодически)

захватывает полный контроль над поведением индивида; в) имеется неспособность вспомнить важную для личности информацию, по масштабам превосходящая обычную забывчивость. В клинической картине заболевания пациента Даниила ДРИ сочеталось с диссоциативными двигательными нарушениями (псевдоэпилептическими пароксизмами).

Как уже упоминалось выше, одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной психиатрии следует признать проблему возможности появления психотических симптомов в структуре непсихотических расстройств [4]. В этом отношении диссоциативное расстройство идентичности (расстройство множественной личности, ДРИ) являет собой яркий пример подобной психопатологической загадки. Большинство исследователей сходятся в том, что появление при этом расстройстве галлюцинаций и бреда признается скорее правилом, чем исключением [17–36]. Ученые описывают одни и те же симптомы, но обозначают их разными терминами – галлюцинациями и бредом или галлюциноидами и бредоподобными фантазиями, как это сделано нами при анализе клинического случая Даниила А. При этом следует согласиться с большинством авторов в том, что дифференциальная диагностика ДРИ с шизофренией и некоторыми другими психическими расстройствами – непростая задача [37-39]. Наименее же трудной становится дифференциация ДРИ с так называемой височной эпилепсией (в МКБ-10 и МКБ-11 в психиатрическом понимании отсутствует). Для нее характерны эпизодические пароксизмальные психозы, строго по времени совпадающие и замещающие двигательные эпилептические пароксизмы. В случае Даниила диагноз «эпилепсия» был отвергнут, а псевдопсихотические симптомы не имели типичных для височной эпилепсии характеристик.

Одним из принципиальных в плане судебно-психиатрической оценки признается вопрос о том, относится ли ДРИ к непсихотическому или психотическому уровню психических расстройств [30,40]. Известно, что американские суды, впервые столкнувшись с необходимостью решать вопрос о вменяемости обвиняемых с ДРИ, практически полностью полагались в этом деле на заключение специалистов в области психического здоровья, результатом чего стало несколько судебных решений о признании обвиняемых с ДРИ невменяемыми. Позже американские суды стали строже подходить к вопросу о допустимости в качестве доказательств заключений психиатров о наличии у обвиняемого признаков ДРИ, и в особенности о

психическом состоянии обвиняемого в период совершения им уголовно наказуемых деяний [41].

В. L. Brand и соавт. [42] высказались категорически против мифов, возникших вокруг ДРИ. С их точки зрения, ДРИ – сложное посттравматическое расстройство развития, для понимания которого имеется авторитетная исследовательская база, но остается ряд неверных концепций об этом расстройстве. К ним причислены: 1) убеждение, что ДРИ – это причуда; 2) убеждение, что ДРИ в основном диагностируется в Северной Америке и что наблюдается гипердиагностика расстройства; 3) убеждение, что ДРИ встречается редко; 4) убеждение, что ДРИ является ятрогенным, а не травматически обусловленным расстройством; 5) убеждение, что ДРИ – та же сущность, что и пограничное расстройство личности; 6) убеждение, что лечение ДРИ вредно для пациентов.

В связи с вышеперечисленным ставился вопрос о необходимости разграничивать истинное ДРИ от ложного [43], сформированного под влиянием «необычности» и популярности в массовой культуре. Некоторые авторы до настоящего времени относят ДРИ к «модным» психическим расстройствам, значимость и представленность которых в психиатрической практике кажутся им существенно преувеличенными [44]. Основанием для того, чтобы считать ДРИ модным диагнозом, стали статистические данные о том, что в период с 1922 по 1972 г. было зарегистрировано менее 50 случаев ДРИ, в то время как к 1990 г. – уже 20 тыс. случаев [45]. Данный процесс был назван «эпидемией психической болезни», приводящей к вовлечению значительных финансовых средств, созданию специализированных лечебных учреждений и появлению множества самопровозглашенных экспертов [41].

По мнению I. J. Pietkiewicz и соавт. [43], можно выделить пять критериев отличия ложноположительного ДРИ от истинного: 1) одобрение наличия у себя диагноза и идентификация своих симптомов с ним; 2) использование понятия диссоциативных частей личности для оправдания путаницы в самоидентификации и конфликтующих эго-состояний; 3) полученные знания о ДРИ влияли на клиническую картину; 4) ДРИ становится поводом для привлечения внимания и важной темой для обсуждения с другими; 5) исключение диагноза ДРИ ведет к разочарованию или гневу пациента. Перечисленные критерии нельзя признать достоверными, поскольку они носят субъективный характер.

Таким образом, клинический случай редко встречающегося расстройства множественной личности (диссоциативного расстройства идентичности) у 19-летнего пациента Даниила А. позволяет в очередной раз отметить общую для современной психопатологии проблему возможности диагностирования психотических расстройств в рамках непсихотических патологий. Кроме того, отмеченные клинические особенности случая ставят вопрос о необходимости четкой дифференциации галлюцинаций с галлюциноидами, бредом с бредоподобными фантазиями. Это позволит избежать диагностических ошибок.

Литература

1. *Ribolsi M., Fiori Nastro F., Pelle M. et al.* Recognizing Psychosis in Autism Spectrum Disorder. *Front. Psychiatry.* 2022; 13: 768586. doi: 10.3389/fpsyt.2022.768586
2. *Savero N., Aji, A. R, Alim A. H. et al.* Hallucination in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research;* 2022; 3 (1): 40-42. DOI: 10.21776/ ub.jppbr.2022.003.01.10.
3. *Hayward M., Jones A-M., Strawson W. H. et al.* A cross-sectional study of auditory verbal hallucinations experienced by people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy,* 2022; 29 (2): 631-641. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1002/cpp.2655> (дата обращения: 30.01.2023).
4. *Менделевич В. Д., Гатин Ф. Ф., Хамитов Р. Р. и др.* Психотические симптомы при непсихотических расстройствах: ошибки диагностики или новая реальность? // *Неврологический вестник.* 2022; 2: 5-12. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.17816/nb!08655> (дата обращения: 30.01.2023).
5. *Кутлубаев М. А., Менделевич В. Д., Дюкова Г. М. и др.* Проблема коморбидности эпилепсии и психогенных пароксизмов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2020; 120 (5): 138-145. doi: 10.17116/jnevro2020120051138.
6. *Рыбальский М. И.* Иллюзии и галлюцинации. Баку, 1983. 304 с.
7. *Крылов В. И.* Психопатологическая квалификация и диагностическое значение нарушений чувственного познания (галлюцинации,

псевдогаллюцинации, галлюциноиды). Психиатрия и психофармакотерапия. 2017; 19 (6): 4-9.

8. *Бехтерев В. М.* О слышании собственных мыслей. Антология избранных тестов отечественных психиатров. М.: Городец, 2016. 368 с.

9. *Шишкова Т. И.* Внутренняя речь: размытая грань между патологией и нормой. PsyAndNeuro. Психиатрия & Нейронауки. 2020. [Электронный ресурс] URL: <http://psyandneuro.ru/stati/private-speech/> (дата обращения: 30.01.2023).

10. *Alderson-Day B., Fernyhough C.* Inner speech: development, cognitive functions, phenomenology, and neurobiology. Psychological bulletin. 2015; 141 (5): 931-965. doi: 10.1037/bul0000021.

11. *Price C. J.* A review and synthesis of the first 20 years of PET and fMRI studies of heard speech, spoken language and reading. Neuroimage. 2012; 62 (2): 816-847. doi: 10.1016/j.neuroimage.2012.04.062

12. *Менделевич Д. М.* Вербальный галлюциноз. Казань, 1980. 246 с.

13. *Moskowitz A., Corstens D.* Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? Journal of Psychological Trauma. 2007; 6 (2-3): 35-63. [Электронный ресурс] URL: https://doi.org/10.1300/J513v06n02_04 (дата обращения: 30.01.2023).

14. *Менделевич В. Д.* Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016. 128 с.

15. *Пятницкий Н.Ю.* Синдром «бредоподобного фантазирования» в концепции К. Бирнбаума // Журнал неврологии и психиатрии. 2016. 10: 76-81. doi: 10.17116/jnevro201611610176-81

16. *Кравченко И. В.* Синдром фантазирования у детей: клиника, динамика, систематика: Дис.... канд. мед. наук. СПб., 2021. 155 с.

17. *ПатнемФ. В.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности // Журнал Практической Психологии и Психоанализа. 2004; 1. [Электронный ресурс] URL: <https://psyjournal.ru/articles/diagnostika-i-lechenie-rasstroystva-mno-zhestvennoy-lichnosti> (дата обращения: 30.01.2023).

18. *Longden E., Branitsky A., Moskowitz A. et al.* The Relationship Between Dissociation and Symptoms of Psychosis: A Metaanalysis. Schizophrenia Bulletin. 2020; 46 (5): 1104-1113. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa037> (дата обращения: 30.01.2023).

19. *Nesbit A., Dorahy M.J., Palmer R. et al.* Dissociation as a Mediator Between Childhood Abuse and Hallucinations: An Exploratory Investigation Using

Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia Spectrum Disorders. *J Trauma Dissociation*. 2022; 23 (5): 521-538. doi: 10.1080/15299732.2022.2064579.

20. *Martinez A. P., DorahyMJ., Nesbit A. et al.* Delusional beliefs and their characteristics: A comparative study between Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 131 (7): 263-268. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.09.015.

21. *Ross C. A.* Voices: Are They Dissociative or Psychotic? *J Nerv Ment Dis*. 2020; 208 (9): 658-662. doi: 10.1097/NMD.0000000000001206.

22. *Dorahy M. J. Shannon C., SeagarL. et al.* Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *J Nerv Ment Dis*. 2009; 197 (12): 892-8. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181c299ea.

23. *Moskowitz A.* Commentary on «Dissociation and Psychosis in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia» (Laddis & Dell). *Journal of Trauma & Dissociation*. 2012; 13 (4): 414-417. DOI: 10.1080/15299732.2011.621017.

24. *Antje A., Reinders T. S., VeltmanDJ.* Dissociative identity disorder: out of the shadows at last? *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 219: 413-414. doi: 10.1192/bjp.2020.168.

25. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Новосибирск, 2006. 437 с.

26. *Корень Е. В., Куприянова Т. А., Пономарева К. И. и др.* Диссоциативное расстройство идентичности: психологический конструкт или клиническая реальность (наблюдение из практики детской психиатрии) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020; 20 (3): 58-64.

27. *DorahyMJ., HuntjensR.J.C., MarshR.J. et al.* The Sense of Self Over Time: Assessing Diachronicity in Dissociative Identity Disorder, Psychosis and Healthy Comparison Groups. *Front. Psychol*. 2021; 12: 620063. doi: 10.3389/fpsyg.2021.620063.

28. *Gauld C., Espi P, Revol O. et al.* Explanatory hypotheses of the ecology of new clinical presentations of Dissociative Identity Disorders in youth. *Front. Psychiatry*. 2022; 13: 965593. doi: 10.3389/fpsyg.2022.965593.

29. *Агарков В. А.* Диссоциация и пограничное расстройство личности. Консультативная психология и психотерапия. 2014; 81 (2): 10-37.

30. *PetrieD.* Dissociation, Dissociative Disorders and Partial Psychosis. *Open Journal of Medical Psychology*. 2022; 11: 243-253. [Электронный ресурс] URL:

<https://doi.org/10.4236/ojmp.2022.114018> (дата обращения: 30.01.2023).

31. *Picks., Rojas-Aguiluz M., Butler M. et al.* Dissociation and Interoception in Functional Neurological Disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2020; 25: 294-311. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1080/13546805.2020.1791061> (дата обращения: 30.01.2023).

32. *Opjordsmoen S.* Delusional Disorder as a Partial Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2014; 40: 244-247. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt203> (дата обращения: 30.01.2023).

33. *Gillig P. M.* Dissociative identity disorder: a controversial diagnosis. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009; 6 (3): 24-29.

34. *Orlof W., Rozenek E. B., Waszkiewicz N. et al.* Dissociative identity (multiple personality) disorder in Poland: a clinical case description and diagnostic difficulties. *Adv Psychiatry Neurol*. 2021; 30 (3): 13-218 [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.110804> (дата обращения: 30.01.2023).

35. *Haravuori H., Tuisku K., Torkkola K. et al.* Four selves of a student – a case report of dissociative identity disorder. *Psychiatria Fennica*. 2021; 52: 116-125.

36. *Попов С. М.* История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах // Психиатрия. 2019; 17 (4): 90-101. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101> (дата обращения: 30.01.2023).

37. *Kaplan A. M., Smith C. M.* Schizotypal personality disorder disguised as dissociative identity disorder. *BMJ Case Rep*. 2021; 14 (7): e243454. doi: 10.1136/bcr-2021-243454.

38. *Ross C. A.* The theory of a dissociative subtype of schizophrenia. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. 2009: 557-568.

39. *Смулевич А. Б., Иванов С. В., Мясникова Л. К и др.* Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных) // Журнал неврологии и психиатрии. 2014; 12: 12-22. doi: 10.17116/jnevro201411412112-22.

40. *Deville C., Moeglin C., Sentissi O.* Dissociative Disorders: Between Neurosis and Psychosis. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Psychiatry*. 2014: 425892. [Электронный ресурс] URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/425892> (дата обращения: 30.01.2023).

41. Мотов В. В. Расстройство в виде множественной личности в США. Клинические и судебно-психиатрические аспекты. Независимый психиатрический журнал. 2005; 1: 57-67.

42. Brand B. L., Sar V., Stavropoulos P. et al. Separating Fact from Fiction: An Empirical Examination of Six Myths About Dissociative Identity Disorder. Harvard Review of Psychiatry. 2016; 24 (4): 257-270. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000100.

43. Pietkiewicz I. J., Baribura-Nowak A., Boon S. Revisiting False-Positive and Imitated Dissociative Identity Disorder. Front. Psychol., 2021; 12: 637929. doi: 10.3389/fpsyg.2021.637929.

44. Перехов А. Я., Сидоров А. А. Психопатология «модных» диссоциативных расстройств // Журнал социальной и клинической психиатрии. 2022; 32 (3): 98-107.

45. Kabene S. M., Balkir Neftci N., Papatzikis E. Dissociative Identity Disorder and the Law: Guilty or Not Guilty? Front. Psychol. 2022; 13: 891941. doi: 10.3389/fpsyg.2022.891941. 32 (3): 98-107.

Начинающий марксист

Клинический случай, описанный далее, представлял интерес, потому что дифференциации подлежали феномен мировоззрения и так называемой философической интоксикации, поскольку 14-летний пациент был увлечен марксистскими идеями, теоретически глубоко погружен в тему классовой борьбы и в связи с этим увлечением/синдромом оказался вне учебного школьного процесса.

Богдан М., 14 лет, школьник. Обратился к психиатрам по рекомендации матери.

Анамнез (со слов матери и самого пациента). Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в сельской местности в неполной семье единственным ребенком. Мать работает продавцом, подрабатывает на автомойке, отца не знает. Беременность по счету четвертая, роды первые. Беременность протекала на фоне токсикоза с сильным тонусом матки, мать однократно находилась на сохранении. Родился в срок, доношенным, 8 баллов по Апгар. В возрасте пяти месяцев осматривался неврологом, который выставил диагноз: «последствие перинатального поражения ЦНС в форме диффузной мышечной гипотонии, пирамидной недостаточности». Ребенок развивался в соответствии с возрастом, в 7 месяцев начал сидеть, в 8 месяцев – ходить, в 1,5 года появилась фразовая речь. В возрасте одного года повторно был осмотрен неврологом с жалобами на беспокойный сон, пробуждение с плачем. Диагноз: «гипертензионный синдром, нарушение сна». На ЭХО-ЭГ признаков интракраниальной гипертензии выявлено не было. Обнаружились признаки наружной компенсированной гидроцефалии. Со слов матери, Богдан в раннем детстве был беспокойным, тревожным ребенком, плохо спал, просыпался напуганным, сильно и продолжительно плакал. Воспитывался в большей степени бабушкой, которая была педагогом-биологом, мать работала. Бабушка многое позволяла, поддерживала внука. Отношения в семье были теплые, доверительные. Себя в детстве характеризует как замкнутого: «У меня не возникало желания общаться, любил играть, но сильно боялся тихого часа, страшился темноты». Детский сад посещал с 5 до 7 лет. Ходил редко, никогда не оставался на дневной сон, так как не любил спать вне дома. Еду в садике

почти не ел. Перед школой Богдан с бабушкой и матерью переехал из села в город. В среднеобразовательную школу пошел с 7 лет. Адаптировался в коллективе хорошо, к третьему классу появились друзья. Учился хорошо, любил и легче давались гуманитарные предметы. Отчетливо помнит, что в пятом классе появилась любовь к истории, географии и биологии. После пятого класса во время летних каникул увлекся рок-музыкой, любил слушать группы «Нирвана», «Металлика». Особо сильное впечатление произвели на Богдана тексты песен «Гражданской обороны». В частности, такие как:

Покидая свое тело, как пожарище в смертном бою,
Наблюдая, как тональность, уходящую веру свою,
Покрывая площадями неприступную гордость в гранит,
Разворачивая знамя одиноких сердец и границ...

(песня «Красный смех»)

Трогательным ножичком пытаться свою плоть.
Трогательным ножичком пытаться свою плоть.
До крови прищемить добровольные пальцы,
Отважно смакуя леденцы на палочке.

Целеустремленно набивать карманы
Мертвыми мышатами, живыми х*,
Шоколадными конфетами
И нерукотворными Пи*.

(песня «Русское поле экспериментов»)

Во мраке зеркало, вода и свеча...
Кто-то внутри умирает, хохоча...
Губами пенясь...

Губами пенясь,
Зубами стуча.
Жди затмение.
Жди знамение
Тех, кто ждет тебя ночью в поле!
Постигай порядок...
Постигай порядок.
Кто святой отец...
Кто ни разу не жилец...
Кто разорвал кольцо...
Кто упал под колесо...
В аккурат все сбудется...
Все позабудется...
Все образуется...

Двинулось тело
Кругами по комнате
Без всяких усилий
Само по себе.
Само по себе.
САМО ПО СЕБЕ!!!
Скрючились пальцы
Черной судорогой.
Черной судорогой
Скрючились пальцы!
Из каленой стали
В чудовищные дали – ПРЫГ-СКОК!!!

(песня «Прыг скок»)

В тот же период стал отращивать волосы, осветлил их. Ради интереса попробовал окрасить их гуашью фиолетового цвета – в таком виде проходил четыре месяца. В возрасте 12 лет умерла бабушка, игравшая большую роль в жизни Богдана. Смерть бабушки тяжело переживал, плакал. В течение двух

месяцев был подавленным и апатичным. После смерти бабушки стал больше общаться с дедом. Дед после развода с бабушкой уехал и долгое время проживал в другой стране, вернувшись на родину уже после смерти бабушки. Дед по образованию историк. Под влиянием воспитания деда Богдан увлекся «историей Советского периода», стал изучать марксизм-ленинизм. В седьмом классе перешел на семейное обучение из-за конфликта с учительницей, которая, с его слов, вела себя неадекватно, кидала в детей различными предметами, оскорбляла учеников. Обучением мальчика стал заниматься дед. На улицу Богдан выходил редко, продолжал изучать тексты К. Маркса, Ф. Энгельса и В. И. Ленина, писал доклады, выкладывал их в социальные сети. Общался по интернету с единомышленниками и последователями идей Маркса, Энгельса, Ленина.

Во время обучения в седьмом классе сильно испугался, услышав сирену на улице, почувствовал ужас, тревогу. После чего каждые новые громкие звуки стали приводить к волнению и тревоге, «появлялись растерянные чувства». Стал испытывать страх при виде звезд, потому что считал, что это могло быть «инопланетное НЛО», хотя в его существование не верил. Иногда боялся мигающих огоньков вдали, из-за чего мог от страха бегать по комнате. По этому поводу по настоянию матери обращался к психиатру, выставившему диагноз «тревожно-депрессивное расстройство». Получал фенибут. После проведенного лечения описанные психические состояния исчезли.

В восьмом классе после долгих колебаний и беспокойства вернулся в школу («Понимал, что должен общаться с остальными ребятами, когда у меня это не получалось, себя сильно ругал, еще больше замыкался. Чтобы нравиться ребятам, стал за собой ухаживать, нормально одеваться»). В самом начале учебного года в один из дней по дороге из школы почувствовал «сильную грусть». Богдан так описал свое состояние: «Третьего сентября начал чувствовать грустное, подавленное состояние. Стал чаще звонить друзьям по интернету, жаловаться на самочувствие и всякие мелочи (книги, споры и статьи). Стал реже выходить из дома. Несмотря на это стал налаживать отношения с новыми одноклассниками, искал общие темы, был активен, опрятен. Думал насчет плохих навыков общения со сверстниками. Подобное состояние длилось 15 дней, после чего начали возникать постоянные ссоры с друзьями и родственниками, резко стал меньше общаться, читать, перестал бывать с одноклассниками вне школы. Появились стойкие суицидальные мысли, начал придумывать способы их воплощения в жизнь. 23 сентября

порвал все отношения с интернет-друзьями, за день до этого серьезно поругался с родственниками. Сразу после этого испытал «галлюцинацию» (видел красную точку на стене, которая передвигалась вверх). Следующие два дня ощущал прилив сил, активно общался со сверстниками в школе и на улице, гулял. После чего произошел первый случай самоистязания (соскоблил кожу на правой кисти металлической линейкой). («Произошло это неожиданно сразу после размышлений насчет моего поведения по отношению к друзьям».) После чего легче не стало. На следующий день раны заметила учительница русского языка, поинтересовалась по этому поводу, ответил, что упал на физкультуре, спросила о мешках под глазами и сонливости, а также о причинах снижения успеваемости (происходило параллельно ухудшение состояния). Стал более нелюдимым, отказывался говорить с родителями. В школе вел себя сдержанно, общался только с двумя одноклассниками. Стал больше спать, 4-6 часов после школы и 6-7 часов перед школой. Нанес себе второе увечье, все так же при помощи линейки, тем же способом на левой кисти. Перед этим ссор не происходило, но чувствовал себя сильно подавленным и грустным. На следующий день внимание на раны обратили сверстники, ответил, что упал во время велосипедной прогулки, но соседке по парте признался, что наносил себе увечье добровольно, злясь на самого себя. Она посоветовала обратиться за помощью к врачу. Изменения в поведении заметила учительница по географии, указала на сонливость и грусть. Богдан отказывался обрабатывать раны, считая, что ничего страшного в них нет. Отдельно по суицидальным мыслям: до этого не считал их странными, отмахивался от мыслей о психических проблемах, считая себя полностью здоровым человеком со своими «странностями». Поменял мнение на этот счет после осознания угрозы своей жизни. Один раз стоял на коленях на подоконнике у открытого окна (в конце сентября того же года), при этом не думал о том, что собирался делать. Не было четкой мысли о суициде, причине, проблеме и т.п. Просто стоял. Далее примерно через пять дней ситуация повторилась: резко встал со стула, прыгнул на подоконник, открыл окно. В этот момент подумал о суициде и намеревался сотворить его, но через минуту аккуратно слез с окна. Четко не может сказать почему. Последний раз так же резко залез на подоконник и, открыв окно, встал на самый край подоконника. Не думая о последствиях и причинах, собирался резким рывком прыгнуть, но совершил рывок в обратную сторону и упал на пол в своей комнате. После этого с полчаса сидел неподвижно. Потом рассказал о своих переживаниях

старому знакомому из интернета, с которым до этого не общался; он посоветовал направиться к врачу. За день до этого разговора Богдан от злости на себя же начал ножом резать кончики указательного и среднего пальцев. После разговора с другом испугался за свою жизнь, тут же попросил родителей записать к психиатру. На протяжении всего времени голов в голове, говорящих с ним и указывающих, что делать, не слышал, «лишь порицал сам себя в голове, но это было похоже на обычный монолог, общение с самим собой, попытку выпустить пар». «Летом я готовился к передаче предметов на семейном обучении, испытывал много стресса, возможно, эта ситуация тоже повлияла на меня в данной ситуации. Добавлю, что с начала сентября я перестал следить за своей гигиеной. Очень редко мылся (один раз в неделю) и умывался, не обращал внимания на свой внешний вид, ходил и спал в уличной одежде по несколько дней так, что классная руководительница жаловалась на неприятный запах, исходящий от меня».

Во время беседы Богдан рассказывает, что в последнее время стал часто слышать, как его окрикает, зовет женский голос. Это был один и тот же незнакомый голос, примерно в одно и то же время вечером. Также в сентябре появилось состояние, когда было очень много мыслей в голове, «бежали одна за другой». После появления суицидальных мыслей, неоднократных суицидальных попыток с мамой обратился к психиатру. Врач, поговорив с Богданом и с мамой, предположила, что у него шизофрения и назначила антидепрессант сертралин по 50 мг в сутки. Школу Богдан перестал посещать, по восемь часов в день читал историческую литературу, продолжал увлекаться марксизмом, мечтал закончить школу, поступить в университет и стать научным сотрудником кафедры – либо философии, либо юриспруденции. Травмы головы отрицает. Алкогольные напитки, наркотические вещества не пробовал. Со слов матери, в последнее время стал очень избирателен в еде.

Психический статус. Внешне опрятен, волосы длинные, аккуратно уложены. В одежде преобладает ретро-стиль 1970-х годов – френч темного цвета застегнут на все пуговицы, на лацкане значок с изображением Ленина, черные ботинки и черные брюки. Во время беседы смотрит на собеседника, учтив, подчеркнуто вежлив. Не стесняется большой аудитории врачей. Речь грамотная, но с элементами канцеляризма и стандартных речевых оборотов, характерных для выступлений партийных работников советского периода.

Склонен к детализации и подбору слов, максимально точно объясняющих его позицию. Речь не носит характера эмоционально окрашенной и похожа на ответ ученика на экзамене. Голос негромкий, монотонный. Мимика маловыразительная. Во время беседы спокойно сидит на стуле, активно рассказывает о себе, о своей жизни. Тон и живость разговора меняются, когда речь заходит об увлечении марксизмом-ленинизмом. В этот момент речь становится сбивчивой, торопливой. С увлечением и азартом рассказывает о теории классовой борьбы, приводит цитаты из произведений классиков и сообщает о том, что именно марксизм-ленинизм является наиболее правильной теорией социального развития. Отмечает, что активности в продвижении этих идей в «широкие массы» никогда не предпринимал. Лишь однажды посетил собрание коммунистов, но понял, что это чисто формальное обсуждение и люди, принимавшие участие в собрании, плохо разбираются в теории. Считает, что нынешнее буржуазное общество не является вариантом правильного развития. При этом не говорит, что готов лично что-то предпринимать для того, чтобы общество изменилось в лучшую сторону. Фон настроения ровный, депрессивные симптомы, которые он сам замечал у себя, за время лечения сертралином исчезли. О суицидальных мыслях, которые мешали ему в прошлом, говорит без охоты как о простом факте своей жизни. Полностью понимает их неадекватность и беспричинность, хотя и связывает со сложностями коммуникации в школе – как с учениками, так и с учителями. Осознает свою «особость», соглашается с тем, что отличается от сверстников увлечениями и интересами. Говорит об этом без сожаления и без осуждения. Признает, что эпизоды селфхарма носили неадекватный характер. О переживаниях, которые обозначал ранее как «голоса», говорит открыто, но не использует слова «голоса» («это были мои мысли вслух, когда было пониженное настроение»). Критичность полностью сохранена. Правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Мышление последовательное, логичное, без склонности к резонерству без признаков разорванности, разноплановости или соскальзываний. Интеллектуально-мнестические функции не нарушены.

Консультация невролога. Резидуально-органическое поражение головного мозга в форме диффузной мышечной гипотонии, пирамидной недостаточности, ГГС. Синдром вегетативной дисфункции. *Соматическое состояние.* Правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые обычной

окраски. Рубец на левой кисти. Дыхание над всеми легочными полями везикулярное; патологических дыхательных шумов нет. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации; в акте дыхания участвует равномерно. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. ЭЭГ: биоэлектрическая активность головного мозга пограничная. Общемозговые изменения умеренные в виде дезорганизации альфа-ритма с тенденцией к десинхронизации. Нельзя исключить дисциркуляторные расстройства в левом вертебро-базилярном бассейне. На гипервентиляции без дополнительной информации. Очаговой медленноволновой и эпилептиформной активности при записи не зарегистрировано. Реакция корковых клеток на афферентные раздражители сохранена. Лабильность корковых структур снижена.

Заключение психолога. Поведенчески несколько суетлив, беспокоен, практически постоянно поправляет, приглаживает волосы. Фон настроения ровный, в эмоциональных проявлениях сдержанный, несколько монотонный с малозначительной мимической экспрессией. Не обнаруживает выраженного эмоционального отклика на позитивную оценку или похвалу, недостаточно восприимчив к юмору. Общается, соблюдая дистанцию и корректность, на вопросы отвечает в плане заданного, голос негромкий, недостаточно модулированный, речь периодами несколько торопливая, сбивчивая. В ходе общения сообщает, что увлекается идеями философии марксизма, может провести целый день за чтением трудов, конспектировать. Указывает, что примерно в 12 лет «пытался побороть социопатию»: «Казалось, что все вокруг смотрят на меня, обсуждают, по улице шел и всегда смотрел под ноги, боялся взгляд поднять», считает, что на тот период ему это удалось, но в дальнейшем снова начал «замыкаться, стал тревожным, раздражительным без повода», появились «навязчивые мысли, фиксация на негативных моментах»: «Например, уроню что-нибудь, потом целый день говорю себе, что изгой, ругаю себя за это». С этого периода появились суицидальные мысли: «вдруг появляется мысль: что будет, если я сейчас в окно выйду?», «залезал на подоконник, но потом буквально силой себя с него сталкивал»; «линейкой несколько раз наносил себе порезы» (на ладони достаточно глубокий вертикальный порез). На просьбу охарактеризовать себя высказывается противоречиво: «Я замкнутый, но при этом и общительный». «Все-таки что тебе больше свойственно?» – «Наверное, я все-таки больше общительный». «Я

злюсь на всякую мелочь, например, что недостаточно общительный». В работе по заданиям понимает инструкции с первого предъявления, придерживается условий по ходу выполнения, демонстрирует достаточную мотивацию, удовлетворительную выраженность волевого и интеллектуального усилий. В эксперименте работает в равномерном среднем темпе, без выраженных проявлений истощаемости умственной работоспособности. Внимание в нагрузочных пробах по колебательному типу неустойчивое: от нормы до легкой недостаточности (по таблицам Шульте: 48", 47", 1'17", 1'07", 1'06", через час – 49"). Мнестические возможности при непосредственном запоминании характеризуются высоким объемом фиксации при несколько пониженной ретенции (мнемограмма: 9,10,10... R-6). Опосредованное запоминание продуктивно: верно воспроизводит 13 слов из 15 предъявленных, рисунки несколько небрежные по исполнению, со слабым нажимом. В процессе опосредования понятий отмечаются единичные нестандартные образы, пояснения к которым недостаточно четкие, с элементами субъективной логики суждений (например: «будущее – зная, скачки в развитии культуры, смена одного другим»; «веселый праздник – транспарант на демонстрации»; «наказание – пистолет браунинг» (без четкого пояснения выбранного образа)). При исследовании операциональной сферы на фоне достаточного понятийного уровня, доступности выполнения основных мыслительных действий по обобщению, сравнению с использованием значимых объектных признаков, способности к абстрагированию, отвлечению от конкретики имели место эпизоды некачественных ответов по типу соскальзывания с актуализацией несущественных и надуманных признаков, использование усложненных оборотов (например: «кошка и яблоко – похожи тем, что могут стать пищей», «лев и собака – имеют схожее строение тела, объем мозга и скелет», «материальные блага, созданные человеком»). Справляется со структурированием серий сюжетных картинок, но при составлении рассказа кратко, формально описывает происходящее. В эмоциональной сфере при восприятии и интерпретации эмоциональных репрезентаций отмечается нечеткость различения нюансов и оттенков состояний и их вербального обозначения (например: грусть – «усталость», задумчивость – «сконцентрировал внимание»). Данные самооценочного тестирования свидетельствуют о склонности к возникновению малообоснованных изменений настроения, неудовлетворенности собой, напряженности и настороженности, которые могут проявляться в стремлении сузить круг

общения, уйти в себя, в некоторой нерешительности, затруднениях при переработке большого потока информации наряду с чувствительностью к критике, проявлениями подозрительности. По данным проективного личностного тестирования повышенная тревожность, зажатость, высокие требования к себе и окружающим, особенно в вопросах морали. По результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (*HADS*) выявляется субклинически выраженный уровень депрессии (8 баллов) и клинически выраженный уровень тревоги (13 баллов). По результатам методики выявления склонности к суицидальным реакциям выявляется «средний» уровень, то есть склонность к суицидальным реакциям не отличается высокой устойчивостью. По результатам опросника, направленного на оценку суицидального риска (в модификации Т.Н. Разуваевой), наибольшую выраженность имеют такие факторы, как «аффективность», проявляющаяся в доминировании эмоций над интеллектуальным контролем, готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально наряду с «социальным пессимизмом» как отрицательной концепцией окружающего мира, восприятием его как враждебного. Таким образом, отмечены проявления неустойчивости внимания при нагрузках наряду с удовлетворительными мнестическими возможностями, достаточным интеллектуальным уровнем при единичных эпизодах актуализации латентных признаков объектов (по типу соскальзывания), наличии нестандартных образов в пиктограммах, пояснения к которым с элементами субъективной логики суждений, а также нечеткостью различения нюансов и оттенков состояний и их вербального обозначения, недостаточной эмоциональной откликаемостью. Характерологические особенности в виде склонности к возникновению малообоснованных изменений настроения, напряженности, настороженности, подозрительности. Клинически выраженный уровень тревоги и субклинически выраженный уровень депрессии; наличие суицидальных мыслей.

На просьбу психолога нарисовать человека изобразил (рисунок 1) некоего Николая Павловича Фарова, 1889 года рождения, которого представил как вымышленного героя, преподавателя истории и обществознания в начальных классах периода 1930-х годов, по характеру мягкого, одаренного, веселого, в совершенстве владеющего ораторским искусством.



Рисунок 1. Фаров Николай Павлович, 1889 года рождения

Обсуждение

Клинический случай 14-летнего Богдана М. привлек наше внимание тем, что требовал дифференциации между подростковой шизофренией в виде синдрома «философической интоксикации», шизотипическим, а также шизоидным расстройством личности и вариантами акцентуации характера. Феномен «философической (метафизической) интоксикации» был выделен и описан в психиатрической литературе более 40 лет назад и подразумевает психопатологическую симптоматику в виде нарушений мышления, характеризующихся размышлениями пациента на отвлеченные темы с

отрывом от реальности и не затрагивающих практически ориентированных тем. Отмечалось, что в некоторых случаях обнаруживаются признаки резонерства, но не разорванности мышления или разноплановости. По мнению А.Е. Яичко [1], ведущим симптомом «философической интоксикации» становятся непрерывные размышления о философских и социальных проблемах, о смысле жизни и смерти, о предназначении человечества, о самосовершенствовании, об улучшении жизни общества, о путях устранения опасностей, грозящих людям, о соотношении мозга и сознания, о материи и душе, о пятом измерении, о шестом чувстве. Отличительными признаками подобных «теорий» являются примитивность и отрыв от реальной жизни. Суждения пациентов противоречивые, сумбурные, вычурные и нелепые.

Следует признать, что у Богданам, увлечение идеями марксизма-ленинизма не носило характера «бесплодного мудрствования». Идеи строго соответствовали классическим представлениям о данной теории и не выходили за ее рамки. Необычным представлялось то, что этими идеями был «заражен» не взрослый человек, а 14-летний подросток, сделавший из изучения марксизма-ленинизма своеобразный фетиш и исключивший из круга своих интересов любые иные. Таким образом, оснований для диагностики у Богдана шизофрении с синдромом «философической интоксикации» не имеется. Отсутствие «шизофренических расстройств мышления» подтверждено в процессе экспериментально-психологического обследования.

В качестве диагноза сравнения выступает шизотипическое расстройство личности, признаки которого могли быть обнаружены у пациента. К ним в соответствии с МКБ-10 относились эксцентричный, странный внешний вид и поведение, странные убеждения, влияющие на поведение, несовместимые с субкультуральными нормами, навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, аморфное, обстоятельное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью, без выраженной разорванности, эпизодические транзиторные квазипсихотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, возникающие без внешней провокации. Из перечисленного у Богдана наблюдались лишь эпизоды квазипсихотических иллюзий или галлюцинаций, а также странный для окружающих и несовременный вид. Однако иные проявления нельзя признать симптомами, позволяющими сделать вывод о наличии у пациента

шизотипического расстройства, какими бы необычными они ни представлялись.

Дифференциация психопатологических особенностей клинической картины расстройства предполагала анализ возможности выставления диагноза «*шизоидное расстройство личности*» или «акцентуация характера по шизоидному типу». Известно, что критериями диагностики данного расстройства по МКБ-10 являются эмоциональная холодность и отчужденность человека, неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим, слабая ответная реакция на похвалу, повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией, почти неизменное предпочтение уединенной деятельности, отсутствие близких друзей, нечувствительность к преобладающим социальным нормам и условиям, а также ангедония, когда мало что доставляет человеку удовольствие. Подавляющее большинство из перечисленных диагностических критериев совпадало с характерными для Богдана чертами. Кроме того, в связи с ними у мальчика наблюдалась социальная дезадаптация (отказ от посещения школы, неуживчивость), позволявшая отграничить шизоидное расстройство личности от акцентуации характера.

Однако следует обратить внимание на тот факт, что не особенности характера стали причиной обращения Богдана за психиатрической помощью. Основным мотивом было патологическое снижение настроения, суицидальные мысли и самоповреждающее поведение. Если бы их не было, то с проявлениями особенностей характера ни Богдан, ни его мать не стали бы обращаться к психиатрам. Депрессивный эпизод возник у пациента на фоне сложностей школьной адаптации. Симптоматика носила умеренно выраженный характер и не доходила до психотического уровня. Находясь в тяжелом эмоциональном состоянии, Богдан все же понимал, что стремление уйти из жизни, совершив суицид, не является правильным и обоснованным. Он критично относился к появлениям этих мыслей и боролся с ними. Селфхарм был выбран им как способ снижения интенсивности депрессивных переживаний, хотя и не приведший к желаемому результату. Еще одним косвенным доказательством того, что у *пациента* наблюдался депрессивный эпизод, можно считать купирование депрессивной симптоматики на фоне приема селективного ингибитора обратного захвата серотонина (сертралина в дозе 50 мг в сутки).

Таким образом, случай Богданам, продемонстрировал, что какими бы «странными и необычными» ни были увлечения подростка, какие бы философские построения ни приходили ему в голову, для постановки диагноза «шизофрения» в виде синдрома «философической интоксикации» необходимо обнаружение качественных расстройств мышления, которых у Богдана не наблюдалось.

Литература

1. *Личко А. Е.* Шизофрения у подростков. Л.: Медицина, 1989. 216 с.

Удерживания нуля

Артем С., 25 лет, математик. Обратился к психиатрам по настоянию матери, жалоб на состояние здоровья не предъявлял.

Анамнез жизни. Почти всю жизнь прожил в своем родном городе вместе с родителями и родственниками, последние годы живет в Москве. Мама, со слов Артема, по характеру тревожная, склонная к сомнениям и волнениям. Дома до сих пор хранит множество старых чеков, документов, записей. В ее комнате в беспорядке лежат кучи старых газет, «которые, выйдя на пенсию, она собирается перечитать и рассортировать». Она очень медлительна. Когда события вокруг нее происходят слишком быстро и она не успевает их воспринимать, чувствует себя крайне тяжело. Артем считает, что у нее довольно много «странностей» в поведении. Папа – в чем-то полная противоположность маме. Все забывает, рассеян, не ведет никакого учета дел. На столе у него также беспорядок, но его это не заботит. Может случайно выкинуть со стола какую-нибудь важную для мамы бумажку или случайно на ней что-нибудь написать.

С детства Артем рос и развивался без явных особенностей. Был несколько неуклюжим, угловатым ребенком. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Друзей у него всегда было мало, потребность в общении низкая. Легче было общаться со взрослыми, чем со сверстниками. После учебы в школе всегда сразу шел домой, ни с кем не гулял, ни к кому в гости не заходил, был «маменькиным сынком», «ботаником», над которым часто издевались, особенно дворовые дети. В обыденной жизни был медлительным: долго умывался, одевался, часто опаздывал. Со слов тети, у нее с детства было подозрение, что племянник будет не особо развитым ребенком. Однако неожиданно для нее (учителя математики и информатики в школе) он стал любознательным и показывал хорошие результаты в учебе. Так, Артем очень быстро освоил чтение, стал интересоваться физикой, химией, но особенно полюбил математику. С шестого класса начал принимать участие в олимпиадах по математике. А в 11-м классе получил диплом на Всероссийской олимпиаде по программированию.

В отличие от школы в лицее он почувствовал себя счастливым, поскольку прекратились издевательства со стороны сверстников и он «наконец-то

оказался среди единомышленников». Стал вести более активную социальную жизнь: принимал участие в выпуске ежемесячной газеты, пел с ребятами на вечерах, ходил на дни рождения, был ведущим на выпускном вечере. В лице его все знали, к нему часто обращались за помощью. На уроки уходила большая часть времени: «Пока другие умудрялись тратить на учебу лишь совсем немного времени, а остальную часть проводить друг с другом, как-то развлекаться, общаться с противоположным полом, у меня всего этого не было – я лишь учился и сидел за компьютером». Старался учиться на пятерки, постоянно занимался программированием. Лицей окончил с золотой медалью. Поступив в Московский государственный университет на специальность «математическая логика», также все время тратил на учебу. Считал себя перфекционистом, поскольку очень тщательно делал все домашние задания, посещал все лекции. На четвертом курсе год подрабатывал программистом, с того же времени начал играть на бирже, что позволяло ему обеспечивать себя и финансово поддерживать близких родственников. Для этого Артемом была написана специальная компьютерная программа (бот), которая «играла самостоятельно» – необходимо было только ее совершенствовать и улучшать качество. Этот бот играл и продолжает играть на бирже, продает и покупает активы, зарабатывает на разнице курсов. После окончания бакалавриата МГУ полгода учился в магистратуре, откуда был отчислен за неуспеваемость. Больше четырех часов в день занимался программированием. По настоящее время не работает, продолжая игру на бирже.

История развития и становления «системы дел». В детстве была сделана аппендэктомия. В связи с перитонитом три месяца пролежал в больнице и перенес несколько операций. Считает, что эти события нанесли ему серьезную психологическую травму. В возрасте 14 лет попал под машину и получил сотрясение мозга. Отмечает, что с детства и особенно после больницы стал пугливым. «Каждый раз, когда кто-то звонил в дверь или по телефону, сразу начинал плакать, требовать не открывать дверь или не брать трубку, так как боялся, что это опять пришел врач и будет меня лечить». С того же времени начались постоянные «вздохи» (как их называла мама), которые он ощущал как зевоту. Педиатры выставляли диагноз «невроз навязчивых состояний» и лечили фенибутом. Через какое-то время «вздохи» прошли.

С детства и до 8-го класса школы любил играть в игру «ручка с ручкой», суть которой заключалась в том, что он бегал по комнате, выставив перед собой

руки и делая ими разнообразные движения. При этом представлял себе некий мир, «как бы смотрел фильм». Воображал, что руки – это люди, дома, автомобили и прочие предметы. Разыгрывал целые спектакли по своим сценариям. Анализируя это сегодня, сообщает: «Разумеется, галлюцинаций у меня не было, то есть я не видел по-настоящему людей вместо своих рук, а только представлял их. Громко проговаривал реплики персонажей, изображал разные звуки, скажем, взрывы. Сюжеты выдумывал сам либо подсматривал в телевизоре. Часто в игре происходили убийства и перестрелки... Родным это не нравилось... Знал, что вроде бы не надо этого делать, но все равно делал и не мог остановиться». Это происходило как дома, так и при одноклассниках на переменах в школе.

Однажды в детстве прочитал стихотворение Эдуарда Успенского «Что едят дети»: «А у нас такое было! / Наш ребенок скушал мыло. / Испугался мальчуган. / Взял и спрятался в чулан. / За закрытыми дверями / Час плевался пузырями». После этого у Артема возникла мысль, что когда-нибудь в будущем, когда он станет взрослым и независимым от родителей, нужно будет провести эксперимент и съесть мыло. Через какое-то время у него возник «странный страх смерти»: «Я боялся, думая о том, что будет после смерти. И стал бояться того, что я могу умереть в любой момент. Я не знал, что будет после смерти: ничего или некая вечная жизнь, но оба варианта меня пугали (ведь вечная жизнь может надоест!)». Тогда же возникла странная (по выражению Артема) мысль: «Мыло нужно съесть сейчас. Не потому, что его нужно успеть съесть до того, как я умру, но для того, чтобы эта мысль не терзала всю оставшуюся, а может, даже и посмертную вечную жизнь». С этого времени несколько раз пытался есть мыло, даже несмотря на то, что желания этого делать не было: «Просто хотелось, чтобы мысль от меня отстала».

В детстве у Артема было «правило», в соответствии с которым, если развернуться на 360 градусов в одну сторону, то нужно обязательно развернуться столько же раз в противоположную. Объяснял эту необходимость тем, что будто бы к нему «прикреплены невидимые ниточки, и нужно раскручиваться, чтобы они не запутались». При этом не верил в реальность существования ниточек, тем более никогда их не видел. Считал это «еще одним отклонением». Было и другое «правило», по которому он должен был возвращаться домой той же дорогой, по которой пришел куда-то. Соблюдать это правило не всегда удавалось, так как часто ходил с родными, которые этому правилу не следовали. В связи с этим испытывал чувство

«бешенства», понимая абсурдность своего правила. Утверждает, что «правило» сохранилось до настоящего времени, утратив свою интенсивность и «дискомфортность».

Отмечает, что в детстве на протяжении какого-то периода постоянно засовывал пальцы в щель любой двери. Клад пальцы в щель и убирал до того, как закрыть дверь, не прищемляя их. Вспоминает, что каждый вечер, ложась спать, говорил своим родным один и тот же длинный набор фраз. Например, такую «странную» (по его мнению) фразу: «Какая мягкая постель, вечно бы на ней спал». Говорить эти фразы не хотелось, но казалось, что сказать это надо, иначе «мысль о том, что эти фразы нужно сказать, будет преследовать вечно».

«Система дел», которую Артем иногда называет по-английски (*All System*), возникла в подростковом возрасте. «Однажды в детстве я завел в мобильном телефоне табличку, в которой вел учет, в какие дни делал упражнения для тела, зубов и глаз... Вначале в таблице было шесть столбцов («утренняя гимнастика», «утренние зубы», «утренние глаза», «вечерняя гимнастика», «вечерние зубы», «вечерние глаза»). Если какое-нибудь упражнение было сделано, то в соответствующую ячейку ставился знак «Х». Так, впервые у Артема появилось то, что он позже назвал *Table* (таблица). Позже он перенес его на бумагу, это стала таблица с крестиками. Как только таблица заканчивалась (новые дни больше некуда было добавлять), ее выкидывал и заводил новую. Имелись столбцы: «Разобрать портфель», «Вернуть учебник», «Заняться английским, математикой, физикой, программированием».

Примерно в то же время появились «списки дел». Началось с того, что однажды он составил список дел на один день (в этот день в школе нужно было не забыть выполнить сразу несколько важных дел). Это были разные дела, например вернуть кому-то учебник, подойти к учителю и что-то сказать и т.д., а также личные дела, относящиеся в основном к компьютеру (настроить *Word* и т.д.). Когда Артем выполнял дело, то «хорошенько зачеркивал упоминание о нем, так что заготовленные для этого листки бумаги были все исчерканы». К 11-му классу школы он завел тетрадь под названием «Все» и стал собирать в ней все существовавшие на тот момент дела. В эту тетрадь был вложен листок *Table*, содержащий, например, рубрику «Срочные дела». В этом листке также был прямоугольник под названием «Каждый день», который содержал небольшой список (из пяти пунктов) дел, которые нужно было делать ежедневно. Дальше в тетради шли дела, отсортированные по темам: идеи по написанию компьютерных программ, «большие дела», долгие

и несрочные, связанные со здоровьем и т.д. Была в тетради страница под названием «При определенных обстоятельствах». Там, например, находился список вещей, которые нужно брать в поездки.

Однажды Артем услышал по телевизору, что якобы ребенок в первые дни своей жизни умеет плавать, а потом теряет этот навык. Как только это произошло, он добавил в список «При определенных обстоятельствах» фразу: «Когда у меня будет ребенок, его нужно будет сразу же с рождения учить плавать, чтобы он этот навык не потерял».

Разработанные части «системы дел» «ссылались» друг на друга. Существовали две «коренные» части «системы дел», на которые ничего не ссылалось: это *Table* и один специальный список дел, который назывался «Главные дела» (*Main*). Эти два корня «ссылались» на все остальное. «Чтобы какой-нибудь список дел мог считаться частью системы дел, на него должна была быть ссылка из какого-нибудь уже существующего списка дел, а в конечном итоге – из какого-нибудь корня. Список дел не мог считаться частью системы дел только на том основании, что он был в тетради «Все», на него еще должна была быть ссылка... Каждый день старался выполнить все дела в *Table* на этот день. Это было своего рода смыслом жизни на этот день. С ростом количества столбцов это получалось все хуже, особенно с добавлением столбцов о саморазвитии. До них дело обычно попросту не доходило. Ежедневно выполнял в том числе дело «Каждый день», в соответствии с которым нужно было заглянуть в «Календарь» и в «При определенных обстоятельствах» и мысленно себя спросить, настали те определенные обстоятельства или нет.

Отдельно Артем выделяет тему, связанную с религией, сообщая о том, что рос он в атеистической семье и вопросы религии его особо не интересовали. Однажды в старших классах школы он попросил папу достать Библию. Тот принес кучу религиозной литературы. Начав читать из любопытства, Артем «вдруг» вычитал в одной из книг, что «с точки зрения христианства сами христиане имеют шанс попасть в Рай, в то время как все остальные точно попадают в Ад». Его это шокировало и испугало. В связи с этим он стал не только углубляться в тему, но и молиться по ночам, «пытался убедить себя в том, что Бог есть».

Об этом периоде Артем говорит так: «Не то чтоб я действительно верил в Бога. Я как бы верил в него на всякий случай. Если он есть, то моя вера мне зачтется, если нет, то хуже от нее не будет. То есть я верил в Бога в

соответствии с известным пари Паскаля.^[3] Атеизм же нравился гораздо больше, чем религии, он мне казался куда более логичным. Но из-за своего страха перед Адом был вынужден заставлять себя верить в Бога». Как-то он рассказал родителям о том, что хочет креститься. Те отнеслись к его идее отрицательно. Через некоторое время он решил, что все-таки нет никаких гарантий, что истинной религией, позволяющей попасть в Рай, является именно христианство. Поэтому он решил на время (до окончания школы, вуза, до того как станет независимым от родителей, разберется, какая религия верна или верен атеизм), отложить решение «религиозного вопроса». В связи с этим изменил свои планы, исключив из них поездки по святым местам, общение с представителями разных религий. Однако к концу 11-го класса *«началось своего рода помешательство на почве религии»* – мысли об этом постоянно приходили в голову, и их приходилось записывать в «систему дел». К примеру, после того как он услышал в одной из телевизионных передач, что с одного кладбища в Иерусалиме людей начнут забирать в Рай первыми, записал это в тетради («мало ли, может, когда-нибудь я и вправду завещаю похоронить себя именно там»). Как-то после того, как отец сказал, что якобы священники сами не верят в Бога и что они обманывают людей, Артем это тоже записал, чтобы подумать над этой мыслью в будущем.

Он мог часами думать о религии, записывать приходящие в голову мысли, потом опять думать, пытаться что-то решить, передумывать, сомневаться и продолжать записывать. Это сопровождалось выраженным страхом: «Ведь малейшая ошибка могла привести к тому, что я попаду в Ад! Ведь я мог сейчас случайно не записать какое-нибудь важное дело, из-за которого потом неправильно выберу религию. Поэтому я записывал любую мелочь, любую абсурдную идею».

В обычной жизни тоже «доходило до довольно странных вещей». К примеру, мама попросила помочь ей вставить нитку в иголку. Он вставлял, а потом начинал думать о том, что «в будущем нужно будет всегда жить вместе с мамой хотя бы для того, чтобы при необходимости вставлять ей нитку в иголку. Ведь согласно религиям, родителям нужно помогать». В «список дел», относящихся к религии, после этого случая была внесена фраза: «Вставлять маме нитку в иголку».

Он перестал доверять «своим мозгам и памяти»: «Допустим, решив, что какое-то дело все-таки абсурдно и записывать его не надо, начинал сомневаться. А что если мои мозги меня обманывают? Давай-ка я лучше на

всякий случай все же запишу». В связи с этим в системе дел появлялись повторы. Он записывал одно и то же дело по несколько раз с разными формулировками. Бывало так, что не успевал записать одну идею, как в голову приходила следующая. «Я всеми усилиями старался удержать их в голове, пока я их не запишу. Мысленно себе представлял, что передо мной в воздухе висят жирные черные точки – это дела. Я мысленно их удерживал перед собой, шел к своей тетради и записывал туда. По мере записи дел точки из моего воображения исчезали».

Артем старался скрывать от окружающих свои переживания, хотя мама все-таки догадывалась об их наличии. Появилось раздражение, поскольку мама заставляла делать обычные дела в то время, когда необходимо было записать в тетрадь какие-то пришедшие в голову дела. «Помню, как-то мы пошли с мамой купить мне обувь. По дороге, в самом магазине и на обратном пути мне пришло в голову около девяти дел. Все их я с большим трудом удерживал в голове. Большинство из них тогда относились к религии. В магазине я, естественно, выглядел очень забитым, растерянным, неадекватным. Когда мы пришли домой, я сразу же записал эти дела. Одно из них я помню. Когда я был в магазине, я услышал какую-то песню по радио. И мне пришло в голову дело, что в будущем нужно будет прослушать огромное количество песен и поискать в них различные идеи, которые могут мне помочь с выбором религии».

Несмотря на тяжесть психического состояния, которое Артем называет «сумасшествием», он успешно сдал выпускные экзамены в школе и поступил в МГУ. Через какое-то время наступил «период затишья в области религии». А в начале второго курса Артем решил, что «Бога нет», став убежденным атеистом, материалистом и сторонником научного взгляда на мир. Сразу после этого он удалил из «системы дел» все, что имело отношение к религии, и «система дел» уменьшилась в два раза. На тот период в списке оставался лишь один небольшой список дел, названный «СД. Фи» (список дел, философия), содержащий философские вопросы, которые оставались для Артема нерешенными, например вопрос существования души.

«Система дел» в настоящее время. Сейчас она полностью переведена в электронную форму. Состоит из папки *all-system* на компьютере, заметок (календаря) на телефоне и на компьютере. Со слов Артема, «система дел» по-прежнему имеет целью учесть все необходимые к исполнению дела. «Что за

дела там есть? Проще сказать, каких дел там нет. Там нет дел о том, что мне нужно есть, спать, ходить в туалет и умываться. Там нет дел о том, что мне нужно смотреть входящие сообщения ВКонтакте, в почте и в Skype, читать СМС. Там нет дел о том, что нужно каждый день проверять состояние биржи (я это делаю автоматически). Там нет дел о том, что нужно ставить будильник, заряжать телефон, закрывать шторы на ночь и открывать их с утра». Каждый месяц Артем записывает в один файл размер «системы дел», а в другой файл – размер собственного капитала на бирже. Однако в «системе дел» по-прежнему остаются остальные дела: о необходимости принятия лекарств, о гимнастике, о необходимости мыться, бриться, выносить мусор, стричься, покупать продукты. «Большинство – это дела по программированию и старые дела, оставшиеся со школьных времен». Количество одновременно существующих дел, по мнению Алексея, превышает тысячу.

«Я так привык... В своей системе я прекрасно ориентируюсь, и большое число дел мне не мешает. Наоборот, система дел помогает мне жить. Многие люди хотят, чтобы у них была подобная система, и все никак не могут ее начать. Чем моя система отличается от того, что бывает у других людей? Некоторые люди, когда приближается важный день, составляют список дел на этот день. Когда этот день заканчивается, они этот список выкидывают или теряют. Моя система дел существует не один день. Она один раз возникла в школе и непрерывно существует с того момента по сей день. Какой-нибудь человек может решить «начать с понедельника новую жизнь», а именно начать вести учет дел. Он его начнет. Но в какой-то момент начнет забывать заносить в систему новые дела и удалять из нее сделанные. Система начинает расходиться с реальностью, человек перестает ей доверять, система становится бесполезной, и человек перестает ею пользоваться. Моя система всегда гарантированно актуальна. Я попросту не могу перестать ею пользоваться. Моя система дел и есть моя жизнь в каком-то смысле. Если я потеряю систему дел, это будет для меня катастрофой. Однако я не могу назвать свою систему тайм-менеджментом, так как она никак не помогает мне эффективно использовать время. В каком-то смысле единственное дело, которое есть у меня в жизни, – это выполнять дела из системы дел».

Артем отмечает, что, несмотря на организацию своей жизни по системе, он не очень пунктуальный и ответственный человек. Имеющаяся «система дел» часто замедляет его жизнь и работу. Он соглашается с тем, что обстановка в его комнате выглядит как беспорядок. Но он воспринимает это как

определенный порядок: «Я точно знаю, где что лежит. Скажем, если портфель лежит в одном углу, это значит, его нужно разобрать, если в другом – он уже разобран. Есть места, в которые я кладу вещи, которые нужно разобрать. Поэтому я категорически запрещаю другим людям трогать мои вещи, ведь так случайно может нарушиться одному мне ведомый порядок. А уж мой телефон и компьютер подавно трогать нельзя. Там мои файлы и система дел».

«План моей жизни, – говорит Артем, – заработать кучу денег, чтобы можно было не работать. Затем разобрать, наконец, старые дела из системы дел. Чтобы в системе стало существенно меньше дел. Чтобы остались только тщательно сформулированные крупные важные дела. И затем спокойно заниматься личными программистскими и математическими проектами».

Артем для себя разделяет имеющуюся у него практически на протяжении всей жизни «систему дел» и появившуюся несколько лет назад «особенность». По его мнению, «система дел» позволяет ему «оставаться нормальным человеком», особенно тогда, когда «в голове ноль дел» («нулевое состояние»), то есть никаких дел, требующих усилий по «удержанию», там нет. Находиться в таком состоянии «совершенно легко, без напряжения». Но когда он учился в 11-м классе, в какой-то момент возникла «особенность», которая стала тяготить Артема и приводить к периодам дезорганизации деятельности. Особенность он характеризует так: *«Теперь, чтобы быть уверенным, что у меня в голове ноль дел, мне нужно мыслительным усилием удерживать это состояние. Каждую секунду моей жизни. То есть я перестал просто знать, что у меня ноль дел. Мне нужно было постоянно это состояние специально удерживать. Теперь мне стало нужно всегда быть сосредоточенным. Это не значит, что я хочу контролировать неподвластные мне вещи и других людей. Речь идет просто о полном восприятии реальности. Мне нужно прилагать усилия к тому, чтобы полностью перерабатывать поток постоянно проходящей через меня информации. Теперь я живу так: с самого утра мне нужно начать удерживать мысль о том, что у меня ноль дел. Затем осторожно начать заниматься обычными делами, удерживая эту мысль. Как только возникает новое дело, я перехожу в состояние «одно дело», пока я его не запишу. Дальше я снова попадаю в состояние «ноль дел», и мне нужно удерживать его».*

Артем отмечает, что с этого времени он стал «жить полностью осознанно». И все происходящие вокруг события, всю информацию необходимо стало «хорошенько пропустить через себя на предмет того, дает ли эта информация новое дело или нет. *«Раньше это происходило автоматически, когда система*

дел уже была, а особенности еще нет. Понятное дело, что жить вот так осознанно очень сложно. Часто я просто не успеваю воспринимать информацию и вынужден брать паузу. Вот, допустим, я говорю с человеком (естественно, удерживая параллельно в голове «ноль»). При этом нужно воспринимать его слова и осознавать, что его слова новых дел не создают, а значит, я по-прежнему в состоянии «ноль». Но, допустим, я не успеваю за его речью. Тогда мне хочется сказать ему «подожди», ну или сделать вид, что мне нужно что-то в телефоне. Затем, воспользовавшись паузой, все-таки убедиться, что я в состоянии «ноль», и продолжить разговор. Часто мне хочется сказать сразу всем окружающим людям, чтобы они замерли, чтобы они прекратили говорить и вообще что-либо делать. Чтобы остановился поток информации от них. Бывает, что я вышел из дома, удерживая в голове ноль. Задумался о чем-нибудь или отвлекся на что-нибудь, и все – я потерял ноль. Теперь его нужно снова искать, то есть мысленно прокручивать произошедшие события в обратном порядке».

Хуже всего Артем чувствует себя в присутствии людей, поскольку те постоянно генерируют информацию и их, в отличие от компьютера, нельзя в любой момент выключить. «Видимо, суть моего состояния в какой-то патологической боязни потерять информацию, контроль над окружающим миром. При этом все эти проверки я делаю специально, намеренно, а не под влиянием некой внешней силы. Хотя и мучаюсь от того, что приходится проверять».

Перед тем как лечь спать, он, уже стоя перед кроватью в темноте, начинает «проверять ноль», после чего «легонько символически» ударяет себя по ноге или по какой-нибудь другой части тела. Это для него означает, что ноль присутствует и что «голову можно отпустить» и начать спокойно думать о чем-то другом. Просыпаясь утром, он «отгоняет от себя сны», убеждается, что «они всего лишь сны и не несут в себе никаких дел». Трудности стали вызывать обычные повседневные действия, особенно в условиях постороннего шума.

Артем акцентирует внимание на том, что его «особенность» заключается не в том, что в голову постоянно лезут посторонние мысли, а в том, что «эти мысли нужно записывать». Сравнивая разные периоды своей жизни, он соглашается, что у него был период, когда «действительно в голову постоянно лезли мысли» («религиозный период»). Но сейчас он считает, что его состояние иное.

Артем не скрывает от своих знакомых наличие «особенности». С его слов, те терпят, когда он им постоянно говорит «подожди», и ждут. «С ними мне

комфортнее, чем с незнакомыми. Когда я один, мне легче, чем с людьми. Но даже когда я один, особенность у меня все равно немного есть. Говорить с человеком по телефону мне проще, чем вживую. Потому что можно всегда положить трубку».

Артем считает, что он мог бы легко и сразу отказаться от своей особенности, если бы ему сказали, что завтра он совершенно точно умрет: «Тогда я действительно ничего не буду проверять в течение дня. Какая разница, если я что-то упущу? Я не могу представить себе другой ситуации, чтобы мне удалось так легко избавиться от особенности». Отмечает, что в настоящее время «особенность» находится на довольно низком уровне и что он живет «нормальной жизнью», когда «легко удается постоянно удерживать ноль». Однако в периоды стрессов «особенность» обостряется: был даже эпизод, когда Артем мысленно неоднократно говорил себе: «ноль, ноль, ноль», чтобы его «не упустить».

Наиболее сильное обострение, по мнению Артема, было в период, когда он учился на пятом курсе МГУ. В то время он не мог нормально говорить по телефону с мамой, «брал в руки телефон, заносил палец, чтобы позвонить, и подолгу проверял ноль, прежде чем позвонить. А в момент, когда говорил по телефону, мозг мог переполняться от информации», и приходилось бросать трубку. Такое состояние однажды продолжалось несколько часов.

Вспоминает, что был случай, когда он проснулся как обычно, распечатал какие-то документы, вышел из салона печати, сел на лавочку и долго прокручивал события. «Проходящие люди меня постоянно сбивали». Потом, так и «недопрокрутив их», он пошел домой и продолжил их прокручивать там. Так продолжалось трое суток. В итоге он не спал все эти дни, ничего не ел и практически не пил воды. По прошествии этого времени, не сумев до конца «все прокрутить», решил все же лечь спать. Наутро «все-таки до-прокрутил события, по результатам выписал из них в компьютер определенное количество дел, ну а потом разобрал эти дела».

Психический статус и динамика состояния. В кабинет вошел неуверенной походкой, ссутулившись. Выглядит диспластичным, неуклюжим, волосы в беспорядке. Сообщил, что обращение к психиатру связано с настоятельной рекомендацией родственников, хотя и у него «есть к специалисту некоторые вопросы». Попросил побеседовать с ним наедине, а не в присутствии тети и мамы. Речь тихая, малоинтонированная. В глаза собеседнику практически не

смотрит. Мимика скупая, но эмоциональные реакции присутствуют и носят синтонный (соответствующий ситуации) характер. Внимательно слушает врача, но в большей степени ориентирован на то, чтобы максимально точно донести до собеседника суть своей проблемы. Излагает информацию подробно, системно. В руках держит телефон, куда периодически заносит какие-то фразы врача, звучащие в процессе беседы. Внимателен к тому, что говорится, но не склонен переспрашивать. Считает, что его не до конца понимают (даже врач). Реагирует, если его перебивают и задают несущественные вопросы. Настроение неустойчивое, раздражается, когда разговор идет не по его плану. Записывает в телефон то, что говорит врач. «Я действительно веду себя странно в той части, что иногда говорю людям «подожди», торможу и прочее. Но это происходит, на мой взгляд, довольно редко».

Сообщает, что в первую очередь озабочен своей «особенностью». Неоднократно возвращается к этой теме, подробно рассказывает о том, как он «удерживает ноль дел». Заглядывает в глаза врача, пытаясь обнаружить признаки того, что тот его правильно понял. К теме «особенности» возвращается вновь и вновь, отвергая точку зрения о том, что это навязчивость. «Как я понимаю, навязчивость – это когда человеку постоянно приходят какие-то мысли или он постоянно совершает какие-то действия, ненужность которых он в принципе сознает. Так вот, моя проблема в том, что я медленно воспринимаю реальность, и мне периодически нужно брать паузу. Я хочу стать эффективнее. Быстрее думать, быстрее воспринимать реальность. Хочу, чтобы «ноль дел» стало моим обычным состоянием, чтобы я не сомневался».

К необходимости терапии демонстрирует двойственное отношение. С одной стороны, подтверждает, что проблема «удерживания нуля» присутствует, является мучительной и от нее хотелось бы избавиться («идеально, если бы по волшебству»). С другой, говорит о том, что когда он ранее ходил к психиатрам, то у него была надежда вылечиться, но теперь он разочаровался в специалистах: «все врачи говорят разное, будет ли какой-нибудь эффект от разного лечения, совершенно неясно». Задает вопрос о конечной цели терапии: «Какой именно будет эффект от психотропных лекарств? Я после этого смогу удерживать «ноль», не думая о нем постоянно, как все нормальные люди? Или же я не буду постоянно сомневаться в «нуле»?»

Особенно Артема волнует вопрос о том, «нет ли опасности сойти с ума» и не сможет ли его «особенность» перерасти в шизофрению. Готов лечиться, но не верит в то, что лекарства могут помочь. «Систему дел» не считает патологической. Мышление обстоятельное, со склонностью к гипердетализации. Признаков бреда или галлюцинаций нет. Интеллект высокий. Считает, что с появлением «особенности» стал менее продуктивен: забросил доработку «бота» и в связи с этим стал меньше зарабатывать. Не считает себя особо замкнутым, приводя примеры из жизни.

Не согласен с заключениями психиатров, которые говорили ему о наличии шизофрении и настаивали на необходимости лечиться. Имел неоднозначный опыт приема психофармакологических средств. Так, через пять дней после приема назначенного врачом амисульприда (солина) в дозе 200 мг в сутки в сочетании с антидепрессантом из группы СИОЗС по ночам стали появляться выраженная тревога, учащенное сердцебиение, затруднения дыхания. В одну из ночей возник страх, что он задохнется и умрет. Однако утверждает, что одновременно на какое-то время «особенность, возможно, уменьшилась» и «возможно, производительность увеличилась»: «Я, как и все нормальные люди, перестал воспринимать свое постоянное нахождение дома за компьютером и в размышлениях как норму, мне такое времяпровождение стало скучным, и я перестал его смаковать». Принимал лечение менее двух недель. По собственной инициативе отказался от дальнейшего лечения психотропными лекарствами, несмотря на незначительное улучшение состояния. После этого по настоянию родственников обратился к другим психиатрам, которые сообщили ему о том, что причиной его состояния стала стрептококковая инфекция. Начал принимать антибиотики, а также назначенную транскраниальную магнитную стимуляцию, БОС, целебрекс и танакан. Терапия в течение двух недель эффекта не дала. В настоящее время лечения не принимает.

Психологическое исследование. Нарушение операциональной стороны мышления, заключающееся в существенном искажении процессов обобщения. Обобщение с опорой на латентные признаки. При выполнении методики «сравнение понятий» испытуемый обнаружил сходство между всеми несравнимыми понятиями: «Река/птица – оба природа», «Ботинок/карандаш – оба продукты жизнедеятельности», «Стакан/петух – оба помещаются в комнате», «Ветер/соль – оба относятся к природе». Шкала шизотипического

расстройства (*SPQ*) = 22,5 (норма). По субшкалам: идеи отношения – 0, избыточная социальная тревожность – 5,5, странные убеждения или магическое мышления – 0, необычный опыт восприятия – 1, странное или эксцентричное поведение – 5, отсутствие близких друзей – 6,5, странная речь – 0,5, уплощенный аффект – 2, подозрительность – 2.

На *электроэнцефалограмме* признаки выраженной дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга. По данным *MPT*, признаки умеренно тесной задней черепной ямки. Данных за очаговые изменения, объемные процессы, гидроцефалию не выявлено.

Обсуждение

Дискуссионность клинического случая Артема С. и противоречивые диагностические заключения в отношении его психической патологии обусловлены, с одной стороны, специфическим сочетанием высокого интеллекта и творческой продуктивности пациента с критической оценкой имеющихся у него психотических или псевдопсихотических мыслительных нарушений, с другой – тем, что проблематичным представляется отграничение осознанно выбранной пациентом системы жизни в виде поведенческих ритуалов с ананкастной симптоматикой.

Доминирующими в клинической картине психического расстройства следует признать расстройства мышления (гипердетализация, аморфность и обсессии), аутизм и компульсии. Вследствие этого круг дифференциальной диагностики включает шизоидное расстройство личности, шизофрению, шизотипическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство и синдром Аспергера. Часть из перечисленных диагнозов выставлялись пациенту до настоящего обращения, в частности шизофрения и шизотипическое расстройство, по поводу которых проводилось лечение с использованием психофармакологических лекарственных средств.

Некоторые психопатологические симптомы, обнаруживаемые в клинической картине заболевания Артема, внешне сходны с типичными для шизофренического спектра расстройствами. К ним, в частности, можно отнести аморфность мышления (особенно при описании пациентом проблемы «удерживания нуля»), подтвержденную в патопсихологических экспериментах на основании обнаружения нарушения операциональной стороны мышления в виде существенного искажения процессов обобщения и опорой на латентные признаки. Кроме того, основанием для постановки диагноза «шизофрения» и

«шизотипическое расстройство» становились и другие выраженные ассоциативные нарушения, в частности обсессии, носящие у Артема «вычурный», оторванный от реальной жизни характер. Речь идет о навязчивых мыслях, о необходимости постоянно удерживать в голове «ноль дел». Следует отметить, что периодически эти обсессии достигали крайней степени выраженности, вызывали беспокойство и страх, приводили к грубой дезорганизации деятельности пациента и внешне отражали «явную неадекватность поведения» (со слов родственников). Психиатры, выставившие Артему диагноз «*шизофрения*», расценивали данные эпизоды как проявления ассоциативных нарушений – ментизма («наплывов мыслей») и диссоциации психических процессов. Однако выскажем предположение о том, что «вычурными» обсессии в данном случае могут быть признаны исключительно при поверхностном анализе. Фактически они логически и смыслово связаны с субъективно наиболее значимой частью повседневной деятельности пациента – сохранением и поддержанием «систем дел». В таком случае понятным становится появление навязчивого страха утратить ставшую за многие годы устойчивой систему, которую сам пациент называет «смыслом [своей] жизни».

Основанием для постановки диагноза «*шизотипическое расстройство*» для других психиатров, осматривавших пациента, служили аутизация пациента, его социальная отгороженность, плохой контакт с окружающими, чуждаковатость во внешнем виде, эксцентричность поведения и эмоциональная отрешенность. Несмотря на то что диагноз «*шизоидное расстройство личности*» Артему не ставился, в клинической картине его расстройства можно было обнаружить некоторые типичные проявления: ангедонию, эмоциональную холодность, уплощенную аффективность, неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, слабую ответную реакцию как на похвалу, так и на критику, повышенную озабоченность фантазиями и интроспекцией, нечуткость к превалирующим социальным нормам и условиям, отсутствие близких друзей и доверительных связей. Возможно, данный диагноз не ставился потому, что перечисленными критериями не исчерпывалась клиническая картина заболевания.

Диагноз «*обсессивно-компульсивное расстройство*» можно было предполагать у Артема на основании типичных для данного расстройства проявлений в виде тягостных, неприятных навязчивых мыслей, расцениваемых пациентом как собственные, которым он безуспешно сопротивляется [3]. Спецификой

навязчивостей в анализируемом случае следует признать то, что пациент готов с ними «мириться», не стремясь к активному поиску избавления, в частности к терапии.

С нашей точки зрения, список предполагаемых диагнозов в анализируемом случае целесообразно расширить за счет включения в него синдрома Аспергера, [4] которому в последние годы уделяется все большее внимание в психиатрической литературе. Известно, что данный диагноз относится к аутистическому спектру расстройств и выставляется преимущественно в детском возрасте [5, 6]. При взрослении пациентов он обычно переквалифицируется в аутистическое (шизоидное) расстройство личности [6]. Однако в последнее время специалистами все чаще ставится вопрос о допустимости первичной диагностики данного расстройства в период ранней взрослости [2, 14, 20]. В соответствии с критериями *DSM* синдром Аспергера диагностируется на основании обнаружения у пациента нарушений социальной коммуникации, эмпатии, неравномерности психического развития, стереотипизации поведения, интересов, активности на фоне нормального развития интеллекта, речи и других способностей. Полный перечень критериев включает следующие феномены (курсивом выделены признаки, обнаруженные у Артема):

1. Качественное затруднение социальных взаимодействий, демонстрируемое как минимум двумя признаками из следующих:

Выраженные нарушения в использовании многочисленных несловесных нюансов поведения (контакт глазами, выражения лица, тело, осанка и жесты).

Неспособность развить отношения со сверстниками до уровня, соответствующего общему развитию.

Отсутствие спонтанного побуждения разделять радость, интерес или достижения с другими людьми.

Отсутствие социальной или эмоциональной взаимности.

2. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные шаблоны поведения, интересы и занятия, демонстрируемые как минимум одним признаком из следующих:

Всепоглощающее увлечение одним или несколькими стереотипными наборами интересов, аномальное либо в интенсивности, либо в сосредоточении.

Негибкое следование конкретным ежедневным рутинам и ритуалам.

Стереотипные и повторяющиеся моторные движения.

Постоянная сосредоточенность на частях предметов.

3. Нарушение приводит к клинически значимым недостаткам в социальной, профессиональной или других важных сферах деятельности.

4. Клинически не значимая общая задержка развития речи.

5. Клинически не значимая задержка в когнитивном развитии или в развитии навыков самообслуживания.

Признанный научный факт, что расстройства аутистического спектра, в частности синдром Аспергера, не могут приравняться к шизофрении или шизотипическому расстройству [4,10-12,15], несмотря на определенные их сходства [7]. Разработаны критерии дифференциации синдрома Аспергера (СА) и шизоидного расстройства личности (ШРЛ). Отмечается, что для пациентов с СА типично конкретное целеориентированное мышление, тогда как при ШРЛ мышление абстрактное, отвлеченно-философское, а также меньшая креативность, но большая комбинаторность. У аутистов, в отличие от «шизоидов», сохраняются побуждения к контактам, но ограничена возможность их налаживания, сохранена потребность во взаимодействии, но «отключена» эмпатия, и многие из них способны к глубокой привязанности [1,16].

Клиническая картина психического расстройства Артема С. во многом сходна с основными критериями диагностики синдрома Аспергера. Основной его чертой с детства было нарушение социальной коммуникации и стереотипизация поведения. При этом он отличался эмоциональной привязанностью к близким, высоким интеллектом и математическими способностями. В период обучения в лицее был достаточно общителен (участвовал в выпусках стенгазеты, иных общественных мероприятиях, выступал на публике). Основной его особенностью с детского возраста стала разработанная им «система дел», в соответствии с которой строилась вся его жизнь. При этом не обнаруживалось дезадаптации, снижения продуктивности или эмоционального дискомфорта. Артему удавалось зарабатывать деньги и продолжать успешно учиться. Никаких иных психопатологических симптомов до подросткового возраста не наблюдалось (если «систему дел» позволительно назвать психопатологической). Эпизодически появлялись детские страхи и опасения.

В дальнейшем на фоне «системы дел» появилась «особенность», к которой сам пациент относился не так, как к «системе дел». Проблему «удерживания нуля» Артем считал и считает тягостной, мешающей, инородной. Со свойственной ему склонностью к систематизации жизни он подошел и к

решению данной проблемы: выработал четкие ритуалы, позволяющие ему «удерживать ноль» и избегать эмоционального дискомфорта. Периодически в ситуациях стресса ритуалы не помогают, что приводит к фрустрации, тревоге и страхам. Однако ни в одном из подобных эпизодов Артем не утрачивал контроля за ассоциативным процессом, никогда не утверждал, что данные obsessions носили «сделанный» или «навязанный» характер.

Можно утверждать, что в клинической картине заболевания обследованного никогда не появлялись симптомы, типичные для шизофрении: не отмечалось ни бредовых идей, ни псевдогаллюцинаций, ни качественных расстройств мышления (разорванности, соскальзываний, резонерства, разноплановости и др.). Выявленные в процессе патопсихологического исследования нарушения операциональной стороны мышления, заключающиеся в существенном искажении процессов обобщения и опоре на латентные признаки, следует признать особенностями мышления человека, обладающего высоким интеллектом, творческими математическими способностями и специфическими отклонениями нейropsychологического развития. Кроме того, считается, что синдрому Аспергера могут быть присущи признаки аморфности мышления, выражающиеся в утрате смысловой целостности рассуждений, в застревании на мелочах, повышенной обстоятельности, чрезмерной и непродуктивной рефлексии. У пациентов отсутствует или сведена к минимуму способность многостороннего осмысления фактов, существенно редуцированы внутренний диалог и способность на основании критического анализа выдвигать и осуществлять вероятностную оценку гипотез [8].

По мнению F-G. Lehnhardt и соавт. [17], дифференциальная диагностика синдрома Аспергера с иными расстройствами должна базироваться на анализе следующих клинических феноменов (таблица 1).

Таблица 1. Дифференциации синдрома Аспергера с иными психопатологическими расстройствами, характеризующимися нарушением социальных взаимоотношений

	AS	Schizoid PD	Schizotypal PD	Avoidant PD	Social phobia	Obsessive PD	OCD	ADHD
Social interaction	●	●	●	●	●	●	●	●
Core manifestation of autism								
— verbal communication	●	●	●	●	●	●	●	●
— facial expression / gestures/prosody	●	●	●	●	○	●	●	○
— eye contact	●	●	○	●	○	●	●	○
— theory of mind	●	○	○ ⁺¹	○ ⁺⁴	○ ⁺⁴	○	●	○ ⁺⁷
— empathy	●	○ ⁺²	○	●	●	○	●	○ ⁺⁷
— interests/rituals/compulsions	●	○ ⁺³	○ ⁺³	●	●	● ⁺⁵	● ⁺⁶	●
Accompanying manifestation								
— attention	○	●	●	●	●	●	●	●
— psychomotor function	●	●	○	●	●	●	●	○
— self-injurious behavior	○	○	○	●	●	●	●	○
— psychotic manifestation	○	●	○	●	●	●	●	●
Long-term manifestation								
— social interaction in childhood	●	○	○	○	●	●	●	●
— biographic stress factors	●	●	○	●	○	●	○	○

В соответствии с представленными дифференциально-диагностическими критериями психическое состояние Артема С. с большой степенью вероятности соответствует критериям диагностики синдрома Аспергера. Однако следует отметить, что клиническая картина заболевания обследованного представляет собой сочетание базисных (первичных) психических и поведенческих нарушений в виде типичной для синдрома Аспергера аутизации и гипердетализации жизни («системы дел»), а также вторичного расстройства – «особенности», которую следует отнести к проявлениям обсессивно-компульсивного расстройства.

Таким образом, дифференциальный анализ клинического случая 25-летнего математика Артема С. позволяет выставить ему *двойной диагноз: «синдром Аспергера, обсессивно-компульсивное расстройство»*. В литературе отмечается, что для синдрома Аспергера скорее правилом, чем исключением является высокий уровень коморбидности. По данным различных авторов, депрессивные расстройства при этом диагностируются у 28%, СДВГ – у 28%, тревожные расстройства – у 22% [13], а различные обсессии – от 15% соматических до 60% контаминационных [9,18,19]. Представленный случай

следует признать трудным в плане дифференциальной диагностики, эффективной терапии и коррекции.

Литература

1. Бобров А. Е., Сомова В. М. Нарушения коммуникации у больных с синдромом Аспергера // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2013; 3: 17-24.
2. Быховский О. Б. Возрастные особенности синдрома Аспергера // Мир психологии. 2014; 3: 267-273.
3. Крылов В. И. Навязчивые состояния (психопатологические аспекты диагностики и систематики) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007; 6: 15-19.
4. Озгуна А., Сейлан М. Э. Аутизм взрослых – отличия от шизофрении (клинические наблюдения). Российский психиатрический журнал. 2005; 5: 21-23.
5. Пашковский В. Э. В поисках аутизма. Неврологический вестник. 2017; 1: 40-48.
6. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения). Н. В. Симашкова, Е. В. Макушкин. 2015. [Электронный ресурс] URL: <http://psychiatr.ru/news/411> (дата обращения: 31.01.2023).
7. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 2009. 256 с.
8. Сомова В. М. Отдаленные этапы нарушений психического развития с картиной высокофункционального аутизма: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 2013. 23 с.
9. Bejerot S. An autistic dimension. A proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. Autism. 2007; 1 (2): 101-110.
10. Dossetor D. R. All That Glitters Is Not Gold: Misdiagnosis of Psychosis in Pervasive Developmental Disorders – A Case Series. Clin Child Psychol Psychiatr. 2007; 12 (4): 537-548.
11. Fitzgerald M. Schizophrenia and autism / asperger's syndrome: overlap and difference. Clinical Neuropsychiatry. 2012; 9 (4): 171-176.

12. *Goldstein G., Minshew N. J., Allen D.N. et al.* High-functioning autism and schizophrenia. A comparison of an early and late onsetneurodevelopmental disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2002; 17: 461-475.
13. *Helles A.* Asperger syndrome in males over two decades. Gothenburg, Sweden. 2016: 82.
14. *Helles A., Wallinius M., Gillberg I. C. et al.* Asperger syndrome in childhood – personality dimensions in adult life: temperament, character and outcome trajectories. *BJPsych Open*. 2016; 2:210-216.
15. *Hurst R. M., Nelson-Gray R.O., Mitchell J. T. et al.* The Relationship of Asperger's Characteristics and Schizotypal Personality Traits in a Non-clinical Adult Sample. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37: 1711-1720.
16. *Lugnegard T., HallerbackM. U., Gillberg Ch.* Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? *Comprehensive Psychiatry*. 2011.
17. *Lehnhardt F-G., GawronskiA., PfeifferK. etal.* The Investigation and Differential Diagnosis of Asperger Syndrome in Adults. *Dtsch Arztebl Int*. 2013; 110 (45): 755-763.
18. *MazzoneL., Ruta L., Reale L.* Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*. 2012; 11:16.
19. *Russell A. J., Mataix-Cols D., Anson M. et al.* Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *British Journal of Pssychiatry*. 2005; 186: 525-528.
20. *SintesA., Arranz B., Ramirez N. et al.* Asperger Syndrome Can the disorder be diagnosed in the adult age? *Aetas Esp Psiquiatr*. 2011; 39 (3): 196-200.

Раскаявшийся симулянт^[5]

Клинический случай *Станислава Г.*, 18 лет, программиста, проходившего терапию в психиатрическом стационаре в связи с диагностированным у него шизотипическим расстройством, интересен тем, что по прошествии месяца пациент признался, что симулировал психическое расстройство, поскольку не мог получить эффективного лечения от соматовегетативных симптомов обнаруженного у него гипотиреоза и начал интенсивные поиски психопатологических причин собственной болезни. Считал, что у него имелись некоторые признаки шизотипического расстройства, но их было недостаточно для постановки официального диагноза и получения желаемой психофармакотерапии. Для убедительности изучил в интернете анамнезы больных и решил симулировать «элементы резонерства, выхолощенность ассоциаций и искаженное восприятие слов собеседника, уплощенность аффекта». При повторном обследовании после заявления о симуляции был сделан вывод о том, что у него отсутствуют перечисленные симптомы и что не имеется научных оснований подтвердить какой-либо психиатрический диагноз. Сомнения при анализе вызвала лишь мотивация пациента симулировать психопатологию при отсутствии традиционных оснований для симуляции (уголовное преследование, служба в армии), а также была обнаружена избыточная интеллектуализация проблем со здоровьем и специфический стиль мышления, не выходящий за рамки нормы.

Симуляция психических расстройств относится к довольно редкому явлению в современной психиатрии, выявляется у 4-6% подследственных и у 2% здоровых [1]. При этом псевдосимуляция (ошибочное предположение о наличии симуляции у человека с истинным психическим расстройством) встречается в клинической практике чаще. Катамнестические данные свидетельствуют о том, что в 15-30% случаев первичное заключение о симуляции в дальнейшем приводит к постановке диагноза «шизофрения» [1, 2]. Обычно симуляция направлена на получение ренты: избавления от уголовного наказания или от службы в армии. Выделяется метасимуляция (искусственное предъявление психических расстройств, имевших место у пациента в прошлом), **сверхсимуляция (сюрсимуляция)**, когда психически больной начинает сознательно предъявлять признаки иного психического

расстройства, аггравация – сознательное усиление имеющихся психических расстройств [1, 3-10].

Люди, симулирующие психические расстройства, при их раскрытии либо продолжают настаивать на том, что все, что они рассказывали, было правдой и их зря уличают во лжи, либо соглашаются с тем, что симулировали, но эту тему подробно не развивают. Представленный клинический случай Станислава 18 лет, программиста (имя изменено), по принципиальным характеристикам отличается от типичных случаев симуляции и псевдосимуляции, поскольку добровольное признание обследованным не прояснило ситуацию, но поставило перед исследователями новые вопросы.

Станислав Г., 18 лет. К психиатрам обратился самостоятельно впервые в жизни в связи с появлением необъяснимой слабости, снижением настроения и работоспособности. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Однако известно, что дед в последние годы жизни «вел себя странно», высказывал идеи о «квантовом переходе мира в четвертое измерение», был убежден в «конце света», вследствие чего в 2012 г. уезжал из города прятаться в деревню. У психиатров не лечился.

Пациент родился старшим из пяти детей. Воспитывался в полной семье. Родители по профессии риелторы. С детства был замкнутым, пугливым, брезгливым. Держался обособленно. Из-за этого не смог посещать детские дошкольные учреждения, страшился детей и от страха «забивался в угол». Окончил 9 классов школы, учился посредственно. Часто возникали конфликты со сверстниками, учителями. Увлекался футболом, танцами, учился в музыкальной школе по классу балалайки, занимал призовые места на городских конкурсах. В возрасте 12 лет стал самостоятельно изучать программирование. Позже увлекся психологией, в частности изучением «психотипов» Юнга. После окончания школы поступил в Инновационный университет по специальности «коммерция». Проучился один год и ушел из университета, занявшись профессионально программированием. Не женат, детей нет. Однократно в течение трех месяцев пытался выстраивать отношения с девушкой, но безрезультатно («надоели друг другу»).

Несмотря на отсутствие базового образования, преуспел в профессии программиста: смог устроиться на престижном месте с высокой заработной платой. Через четыре месяца работы программистом отметил появление слабости, «мушек перед глазами», понижение настроения. Из-за этого не смог продолжать работу, общаться с другими людьми «не хватало сил». Решил, что

серьезно заболел, и стал проходить многочисленные обследования у различных специалистов (неврологов, офтальмологов, эндокринологов), изучал специальную медицинскую литературу. При обследовании у него был диагностирован субклинический гипотиреоз. Однократно консультировался психиатром, патологии выявлено не было. Незадолго до госпитализации в психоневрологический диспансер, находясь на улице, резко усилилась имевшаяся до этого слабость, появилось чувство тревоги и «два пятна перед глазами». Испугавшись, самостоятельно вызвал бригаду скорой медицинской помощи и был помещен в неврологический стационар, где находился в течение пяти дней с диагнозом: «другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы, транзиторная ишемическая атака в бассейне левой С МА (G45.8)». Синдром вегетативной дисфункции периода пубертата по смешанному типу с вегетативными пароксизмами, цефалгиями, астено-невротическими проявлениями и диссомническими нарушениями. Диагноз впоследствии не подтвердился, Станислав был повторно консультирован психиатром.

Учитывая то, что от лечения гипотиреоза значительного улучшения самочувствия не наступило, пациент решил самостоятельно понять и изучить причины возникновения своего недуга. Для этого прочел большой объем медицинской литературы. Подошел к этому обстоятельно и провел систематический анализ. На основании размышлений предположил, что у него имеются отдельные признаки шизотипического расстройства, по поводу которых и следует провести качественную терапию. Однако при обращении к психиатрам диагноз не подтверждался, что расстраивало Станислава. Он был убежден, что его психическое расстройство следует лечить. Для достижения своей цели решил, что «раз психиатры не могут поставить правильный диагноз, то нужно их подвести к правильным выводам». Предварительно изучив в сети Интернет проявления нарушений мышления у пациентов с шизотипическим расстройством, на приеме начал симулировать. Для этого при очередной консультации психиатра перечислил заранее заготовленные жалобы на длительно протекающую общую слабость, невозможность двигать мышцами, трудности мыслительной деятельности, навязчивые мысли и действия, «стыдные образы». Говорил, что его «внутренний взор направлен в паховую область». Высказывал беспокойство, что у него «челюсть неровная», «ноги, как коробки», хотя в реальности таких переживаний не испытывал. Рассказал, что обследовался ЛОР-врачом по поводу жалоб, что одно ухо хуже

слышит (патологии выявлено не было). Уверял врача, что из-за жалоб не может справляться с работой, иногда сложно «встать с кровати», «тяжело держать равновесие». По результатам клинического обследования был направлен к участковому психиатру с предварительным диагнозом «шизотипическое расстройство», а затем для обследования и лечения госпитализирован в дневной стационар психоневрологического диспансера.

Психический статус при поступлении. Ориентирован в месте, во времени, в собственной личности правильно. В беседу вступает охотно, подробно делится переживаниями. На вопросы отвечает не всегда по существу, соскальзывает на другие темы, склонен к витиеватым суждениям. Малоподвижен, сидит в закрытой позе. Мимика, жесты маловыразительные. Фон настроения снижен. Жалуется на выраженную слабость, истощение, невозможность сосредоточиться на работе, на головные боли, тревогу, пониженное настроение. Отмечает, что ему «трудно думать, голова не работает», что он не может «двигать мышцами». Активно жалуется на «навязчивые стыдные образы», «тревогу в области паха», которую объясняет навязчивыми сомнениями в своей ориентации («может быть, я пассивный гомосексуалист»). Заявляет о том, что он «неправильный, неудачливый». Жалуется на навязчивые ритуалы: «Нужно все сделать по пять раз или четное количество раз: возвращаться домой, проверять, закрыл ли дверь, выключил ли утюг». Недоволен консультациями предыдущих врачей, рассуждает о том, что «врачи не понимают многомерности тела». Затрудняется называть точно время изменения своего психического состояния. Отмечает, что всю жизнь были жалобы на трудности управления мышцами тела: «хочется напрячь и расслабить мышцы». Слабость, мушки перед глазами с пятого класса школы. Значительное ухудшение состояния в течение последнего года. Фиксирован на своем состоянии, ипохондричен. Мышление аморфное с тематическими соскальзываниями. Обманы восприятия и бредовые идеи выявить не удастся, суицидальные мысли отрицает. Память, внимание, интеллект не снижены.

Пациенту была назначена психофармакотерапия (антидепрессанты, малые нейрорептики, анксиолитики). Однако в течение нескольких недель улучшения самочувствия не наблюдалось. За период наблюдения в отделении повторно консультировался эндокринологом. После начала лечения L-тироксинотом отметил значительное улучшение самочувствия, уменьшение слабости и других симптомов. Через некоторое время после появления признаков

улучшения состояния на гормональной терапии «понял, что ошибся с диагнозом, что у него нет никакого шизотипического расстройства» и что этот диагноз может в будущем ему серьезно навредить. Тогда решил признаться врачу в том, что большинство жалоб симулировал «по глупости». Утверждал, что из симптомов в реальности были только сильная слабость и «мушки перед глазами». Подробно рассказал, как изучал психиатрическую литературу, чтобы подвести врачей к диагнозу «шизотипическое расстройство». Объяснял это страхом, что слабость, снижение работоспособности будут продолжаться и дальше. «Хотел, чтобы мне помогли». Подготовил в письменном виде «Признание в симуляции», в котором подробно описал свою историю. В частности, отметил, что, несмотря на отсутствие профильного образования, после трудоустройства в качестве программиста стал зарабатывать большие деньги (по 65 тыс. рублей в месяц), вследствие чего отказался от дальнейшего обучения в колледже. Называл это время «белой полосой в жизни», поскольку, помимо успехов на работе, «был колоссальный успех с девушками». Однако через четыре месяца работы появились симптомы, которые снизили его работоспособность и ограничили общительность. Именно с этого времени начал поиски причин недуга. Вспомнил то, что изучал ранее, из области психологии («психотипы» Юнга), начал «вникать в суть психиатрии», прошел тест в интернете, «разобрался в МКБ». Первоначально пришел к выводу, что психически здоров и надо лечиться у эндокринологов. Однако отсутствие эффекта от лечения вновь заставило искать причину недомоганий в психическом. После прохождения МРТ головного мозга, ЭЭГ обратился к психиатру, который не обнаружил никакой психопатологии. «Сломанный слабостью, мушками и выбором между ожиданием и гормональным препаратом, я вновь вернулся к линии с шизотипическим расстройством. В те дни почти не спал. Затем поехал в деревню и под влиянием слабости принял решение идти к психиатрам и предъявить сфальсифицированные симптомы».

«С одной стороны, я видел, что у меня есть некоторые признаки шизотипического расстройства, но их явно не хватало, с другой стороны, все болезненные проявления могли объясняться гипотиреозом, с третьей стороны, гипотиреоз лечить я не знал как (еще не знал даже отличие L-tyrosine от L-тироксина)». «Одолеваемый отчаянием и мыслью о том, что вдруг слабость не от гипотериоза, я возобновил поиски причин своей болезни среди психических расстройств. Приблизительно сверив, найдя так называемые аномальные особенности поведения и нарушения мышления, я

определил, что раз психиатры не могут поставить диагноз, то надо их подвести к правильным выводам. Тогда изучил в интернете некоторые анамнезы больных шизотипическим расстройством и, приправив их дополнительными уникальными свойствами, встроил в свою речь элементы резонерства по типу выхолощенное™ ассоциаций и некоторое искаженное восприятие слов собеседника (например, когда был вопрос про слезливость, я перешел на второстепенные свойства, словно я подумал, что слезливость – это когда течет слеза при виде какого-то человека). Я, будучи убежденным в наличии этого расстройства, частично осознанно, а частично бессознательно фальсифицировал симптомы, полностью пропускал все жалобы через фильтр критериев, требуемых для постановки диагноза F21.8, включал уплощенность, холодность эмоциональных реакций». Причиной этого своего симулятивного поведения назвал «желание приблизить нормальную жизнь». Уточнил, что упоминание о «тревоге в паховой области» взял из текста общения гештальт-терапевта с больным с сенестопатиями. Добавил, что описывать наличие галлюцинаций не стал, но рассказал о сенестезии, которой не было. Сообщил, что долго сомневался, стоит ли симулировать психическое расстройство, но к решительным действиям подтолкнула мысль о том, что лечение гипотиреоза не купирует слабость, поэтому он потеряет высокооплачиваемую работу. На момент принятия решения о том, чтобы заявить о своем психическом расстройстве, отчетливо осознавал, чем это обернется: невозможностью получить права (предварительно отучился в автошколе за самостоятельно заработанные 25 тыс. рублей, также некоторые из заработанных денег отложил на машину – 250 тыс.). На тот момент настолько был убежден в наличии расстройства, что был готов пожертвовать сдачей на водительское удостоверение и мечтой переехать на юг. «Все действия, описанные выше, я совершал в попытке вернуть жизнь без слабости. Отказываюсь от лечения психотропными лекарствами несуществующей болезни. Прошу по возможности не ставить диагноз шизотипического расстройства. Я просто хотел жить без слабости, но, совершив ошибку, я вместо нормальной жизни получу лишение мечты – выглядит как какое-то наказание. Я не виноват в том, что так вышло».

Психический статус. В беседе немного волнуется, ерзает на стуле, произвольно теребит одежду. Беспокоится, как к нему теперь (после признания в симуляции) отнесутся психиатры, смогут ли не поставить диагноз

«психическое расстройство». Мышление последовательное, продуктивное, со склонностью к систематизации и детализации. Признаков аморфности, соскальзываний, разноплановости, резонерства не обнаруживается. Подробно описал историю своей болезни, которую теперь понимает исключительно как эндокринологическую патологию. Смущаясь, рассказывает о том, как искал литературу по шизотипическому расстройству, как выбирал подходящие для симуляции симптомы. В вопросах психиатрической терминологии проявляет повышенную осведомленность: точно называет характеристики тех или иных психопатологических симптомов, выбранных для симуляции. Однако продемонстрировать, как именно он симулировал выхолощенность эмоций и элементы резонерства, отказался. Интеллект и уровень знаний высокий. Память и внимание в норме. Обращает на себя внимание некоторая схематизация при описании жизни. На темы, не связанные с процессом симуляции, говорит сухо, односложно, с некоторой отрешенностью. Визуальный контакт устанавливает и удерживает достаточно. Бредовых идей и галлюцинаций не обнаруживается.

Экспериментально-психологическое обследование. Во время обследования контакту доступен, на вопросы отвечает в плане заданного, проявляя сосредоточенность на субъективно значимых темах. Фон настроения ровный. Инструкции к предлагаемым методикам понимает достаточно. Работает в равномерном темпе, незаинтересованно. В процессе тестирования выявляется замедленное встраивание механического запоминания, нарушений опосредованной памяти не выявляется (из 10 слов: Б-6-7-7-9, из 10 образов правильно воспроизвел 8). Концентрация и устойчивость внимания (по таблице Шульте: 38", 29", 35", 37") – признаки легкой неустойчивости.

В пиктограмме преобладают индивидуально значимые образы, склонность к схематизму, графические символы, признаки эмоциональной напряженности. В методике дискриминации свойств понятий незначительное расширение числа привлекаемых признаков по всем трем ключам. В субтестах «Понятливость» и «Сходство» теста Векслера проявляет искажение процессов обобщения, опоры в единичных случаях на конкретные признаки. Мышление с признаками субъективности, нечеткости, с неустойчивостью мотивационной направленности. По результатам проективного тестирования (МЦВ): стресс, вызванный подавлением физиологических потребностей. Неудовлетворенное желание найти признание и общность интересов в кругу значимых

окружающих вызывают повышенную напряженность самоконтроля. Профиль личности, по данным СМЛ, код 6-68Т, 8-70Т, может указывать на склонность к сверхценным идеям, трудности в контактах узкого круга. Субъективизм в суждениях. Вывод: при экспериментально-психологическом исследовании выявляются признаки субъективизма, неустойчивости мотивационной направленности в мышлении, а также своеобразие мотивов поведения и высказываний, трудности социальной адаптации.

МРТ-исследование. Данных за наличие объемных образований и патологических очагов головного мозга не получено. При наличии клиники не исключается гипоплазия каудальных отделов обеих гемисфер мозжечка. Умеренная вентрикуломегалия (боковые и III-желудочек). Вариант развития Виллизиева круга: неполная передняя трифуркация правой ВСА, с гипоплазией А1 сегмента левой ПМА. Снижение кровотока по правой Пз А.

Заключение эндокринолога. Субклинический гипотиреоз.

Клинический случай Станислава Г. специфичен тем, что психиатрами на основании предъявляемых им жалоб был выставлен диагноз «шизотипическое расстройство», и если бы не признание Станислава в симуляции, то он так и продолжал бы получать психофармакотерапию и находиться в дневном стационаре. Сомнения в том, что Станислав не страдает никаким психическим расстройством, появились у лечащего врача лишь после того, как «пациент» сообщил о том, как и почему решил симулировать шизотипическое расстройство. После самораскрытия «пациент» перестал предъявлять жалобы на состояние своего физического и психического здоровья, однако сообщил, что «соматические симптомы прошли под влиянием терапии гипотиреоза, а психопатологических и не было».

Перед психиатрами встал вопрос о том, действительно ли Станислав симулировал шизотипическое расстройство или же имела место псевдосимуляция, и он был психически болен, но потом выздоровел. Необычным показалась мотивация симулировать психическое расстройство: в жизни Станислава не имелось никаких оснований для этого (ему не угрожало ни уголовное преследование, ни служба в армии, ни что-то иное). Основным мотивом симуляции стало стремление избавиться от недомогания, которое существенно снизило его работоспособность и влияло на профессиональные и финансовые перспективы. Необычным показался выбор расстройства для

симуляции: чаще для этого выбирают галлюцинации, бред, навязчивости, депрессивные симптомы [11]. В специальной литературе нам не встретилось ни одного описания симуляции шизотипического расстройства. В данном случае выбор Станислава пал на шизотипическое расстройство потому, что его отдельные симптомы-жалобы показались ему схожими с тем, что он испытывал в реальной жизни. Речь шла об астенизации, трудностях сосредоточения внимания и в связи с этим появившейся нелюдимости, замкнутости, отгороженности. Другие психические расстройства, по его мнению, не очень подходили под описание его состояния.

Психопатологическое обследование после самораскрытия продемонстрировало отсутствие у обследованного характерных для шизотипического расстройства проявлений, в частности отсутствовали какие бы то ни было расстройства мышления (аморфность, метафоричность, гипердетализация, стереотипии), речи (в виде вычурности и разорванности), не отмечалось выраженной эмоциональной холодности, чужаковости, патологической социальной отгороженности, не было подозрительности и отрывочных параноидных идей, не выявлялось квазипсихотических эпизодов. На беседе Станислав был адекватен, разумен и синтонен. При этом при поступлении в дневной стационар он демонстрировал витиеватость мышления, элементы соскальзывания, говорил о наличии «навязчивых стыдных образов», «тревоге в области паха».

Из психологических особенностей «пациента» обращал на себя внимание ипохондрический настрой в связи с появлением ординарных соматовегетативных симптомов (недомогания, слабости, «мушек перед глазами») и повышенная склонность к интеллектуализации проблемы со здоровьем. Под интеллектуализацией традиционно понимают совокупность психических процессов осознания, понимания и вербализации человеком собственных переживаний, мыслей, конфликтов и диссонансов, взаимоотношений с другими людьми [12]. Ведущей характеристикой этого процесса является овладение внутренней и внешней реальностью, установление контроля над ними. Цель интеллектуализации – превращение собственных конфликтов и других эмоционально насыщенных проблем в исключительно умственную задачу. Считается, что интеллектуализация входит в перечень значимых диагностических критериев взрослых с синдромом Аспергера и шизоидного расстройства личности [13]. Такие пациенты обычно ориентированы на детали и часто не представляют общей картины

происходящего. Кроме того, у них могут наблюдаться такие формальные нарушения мышления, как разрыхление ассоциаций и алогичность [14,15].

Было предложено три варианта толкования клинических феноменов Станислава: 1) у него никогда не было никаких психопатологических симптомов, и он их симулировал, но при этом у него имелись личностные особенности шизоидного круга или субклинические расстройства аутистического спектра; 2) у него были нарушения, позволившие выставить диагноз «шизотипическое расстройство», однако под влиянием психофармакотерапии или самопроизвольно они купировались, и самораскрытие отражало стремление избавиться от стигматизирующего диагноза; 3) у него имелось расстройство аутистического спектра или шизоидное расстройство личности, на фоне которого соматовегетативные симптомы привели к декомпенсации психического состояния. Анализ клинического случая показал высокую осведомленность обследованного в психиатрической терминологии, описаниях психопатологических симптомов и синдромов, классификации расстройств. Станислав легко и уверенно дискутировал с психиатрами по профессиональным вопросам, демонстрировал высокий интеллект и склонность к аналитическому мышлению. Ни одного из симптомов, которые легли в основу диагностики у него шизотипического расстройства, обнаружено не было.

В связи с этим встал вопрос, могли ли данные симптомы подвергнуться обратному развитию в результате психофармакотерапии. Известно, что шизотипическое расстройство презентует себя в виде преимущественно негативной психопатологической симптоматики, когнитивных нарушений и социальной отгороженности [16-18]. В связи с этим представляется маловероятным, чтобы такие симптомы, как выхолощенность эмоций, аморфность мышления, могли быть подвержены быстрой редукции в рамках шизотипического расстройства. Однако следует признать, что склонность к интеллектуализации могла отражать наличие аутистических или шизоидных черт.

Таким образом, клинический анализ случая «пациента» позволяет сделать о вывод о том, что не имеется веских научных оснований признать, что Станислав Г. страдал каким-либо психическим расстройством, а значит, логичным представлялся вывод, что его поведение носило симулятивный характер, отражавший механизмы психологической защиты у человека с шизоидными особенностями характера. Дальнейшее наблюдение (при

согласии «пациента») сможет более аргументированно ответить на вопрос о том, наблюдалась ли в описанном случае симуляция психического расстройства или же это была псевдосимуляция у психически больного человека или лица со специфическим стилем мышления.

Катамнез. В очередной раз обратился к психиатрам через полтора года после обследования в дневном стационаре с жалобами на снижение настроения, аппетита, «противоречие внутри». В день поступления сообщил, что планировал покончить жизнь самоубийством. При поступлении в психиатрический стационар был тревожен, настроение неустойчивое, многословен, подробно говорил о своем состоянии, галлюцинаторно-параноидной симптоматики не обнаруживал. Требовал к себе внимания, признался, что «наврал о суицидальных намерениях, чтобы поступить в больницу так как не хотел ждать очереди в дневной стационар». Объясняет это страхом, что слабость, снижение работоспособности будут продолжаться и дальше («Хотел, чтобы мне помогли»). В отделении был двигательного спокоен, опрятен, верно ориентирован, интеллектуальные способности сохранены. С окружающими был общителен, при этом жаловался на астению, тревогу, хотя внешне это не проявлялось. Был фиксирован на выборе правильной схемы лечения: «Я много читал про шизотипическое расстройство, боюсь, что у меня тоже есть симптомы». Мысли о суициде категорически отрицал. Через две недели пребывания в стационаре написал заявление с отказом от лечения. Был выставлен диагноз: «смешанное тревожно-депрессивное расстройство».

Таким образом, катамнестическое наблюдение, к сожалению, не смогло развеять сомнения по поводу диагностики у Станислава в прошлом симуляции. С другой стороны, не появилось и новых оснований расценивать его состояние как шизотипическое расстройство. Как и прежде, встал вопрос о необходимости дальнейшего наблюдения за психическим состоянием Станислава.

Литература

1. Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия. М, 2021. 539 с.
2. Hay G. G. Feigned psychosis: A review of the simulation of mental illness. The British Journal of Psychiatry. 1983; 143: 8-10. [Электронный ресурс] URL:

<https://doi.org/10.1192/bjp.143.l.8> (дата обращения: 31.01.2023).

3. Сафуанов Ф. С. Симуляция психического расстройства: социально-психологический аспект. Теоретическое исследование // Российский психиатрический журнал. 2018; 4: 48-55.

4. Resnick Ph. J., Knoll J. Faking it: how to detect malingered psychosis. Current Psychiatry. 2005; 4 (11); 13-25.

5. Harris M. The Malingering of Psychotic Disorders. Jefferson Journal of Psychiatry. 2000; 15 (1); 13-24. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.29046/JJP.015.l.003> (дата обращения: 31.01.2023).

6. Waite S., Geddes A. Malingered psychosis leading to involuntary psychiatric hospitalization. Australas Psychiatry. 2006; 14 (4): 419-21. doi: 10.1080/j.1440-1665.2006.02317.x.

7. Humphreys M., Ogilvie A. Feigned psychosis revisited – a 20 year follow up of 10 patients. Psychiatric Bulletin, Volume 20, Issue

11, November 1996, pp. 666-669. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1192/pb.20.11.666>.

8. Merckelbach H., Jelicic M., Pieters M. The residual effect of feigning: how intentional faking may evolve into a less conscious form of symptom reporting. J Clin Exp Neuropsychol. 2011; 33 (1): 131–139. doi: 10.1080/13803395.2010.495055.

9. Rosinski A. A comparison of simulated schizophrenia in mental health experts and genuine schizophrenia in psychiatric patients. NY. 2021. [Электронный ресурс] URL: https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/4549/ (дата обращения: 31.01.2023).

10. Bellman V., Chinthalapally A., Johnston E. et al. Malingering of Psychotic Symptoms in Psychiatric Settings: Theoretical Aspects and Clinical Considerations. Hindawi Psychiatry Journal. 2022; 4: 1-9. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1155/2022/3884317> (дата обращения: 31.01.2023).

И. Ткаченко А. А. Симуляция и диссимуляция психических расстройств. Руководство по судебной психиатрии. М. 2021:501-522.

12. Налчаджян А. А. Фрустрация, психологическая самозащита и характер. Том 2. Защитные механизмы, самосознание и характер. 2013: 86-87.

13. Volkmar F. R. Intellectualization of affect. Encyclopedia of autism spectrum disorders. 2013. NY. [Электронный ресурс] URL: https://doi.org/10.1007/978-l-4419-1698-3_1066 (дата обращения: 31.01.2023).

14. *Eussen M. L.J.M., de Bruin E. I., van Gool A. R.* Formal thought disorder in autism spectrum disorder predicts future symptom severity, but not psychosis prodrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2015, vol. 24, pp. 163-172. DOI: 10.1007/s00787-014-0552-9.

15. *Иванова М. М., Бородина Л. Г.* Особенности мышления у взрослых с диагнозом расстройства аутистического спектра без умственной отсталости, поставленным в детстве. *Аутизм и нарушения развития*. 2021; 1 (70): 34-43. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190104> (дата обращения: 31.01.2023).

16. *Stern T. A.* Personality and Personality Disorders. *Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2016. [Электронный ресурс] URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/schizoid-personality-disorder> (дата обращения: 31.01.2023).

17. *Кобзова М. П.* Динамика когнитивных функций и социальная адаптация у пациентов с шизотипическим расстройством (ШТР). *Медицинская психология в России*. 2015; 1 (30); 9. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-kognitivnyh-funktsiy-i-sotsialnaya-adaptatsiya-u-patsientov-s-shizotipicheskim-rasstroystvom-shtr> (дата обращения: 31.01.2023).

18. *Гурович И.Я., Шмуклер А. Б., Зайцева Ю. С.* Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2012; 112 (8): 7-14.

Подселенец^[6]

Случай 30-летнего Михаила Г., без определенного места жительства, оказавшегося в чужом городе без средств к существованию, интересен в диагностическом отношении из-за нетрадиционное™ клинической картины психических расстройств, невозможности верифицировать анамнестические сведения и потенциальной склонности пациента использовать наличие психиатрического диагноза в целях решения своих житейских проблем. Психиатрами, осматривавшими пациента, выставлялись разнообразные диагнозы: от простой шизофрении и шизотипического расстройства личности (в варианте фершробен) до симуляции.

Михаил Г., 30 лет. В приемное отделение психиатрической больницы в г. Казани был доставлен бригадой скорой медицинской помощи с сопроводительным диагнозом «острое полиморфное психическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23.1l). Медики были вызваны на территорию продуктового магазина, где Михаилу «стало плохо», он «почувствовал резкий упадок сил», что заставило его сесть на пол посреди торговых рядов магазина. Своим поведением и высказываниями он намеренно привлек внимание проходившего мимо него полицейского, задав ему «странный» вопрос о том, «сколько лет дают за совершение особо тяжкого преступления». На вопрос полицейского о причине такой заинтересованности пациент ответил, что несколько лет назад в Саранске отрезал голову знакомому и избежал наказания. Сотрудник полиции решил, что пациенту требуется психиатрическая помощь, и вызвал бригаду скорой помощи.

При поступлении в психиатрический стационар Михаил предъявлял жалобы на отсутствие сил, лень, которая, с его точки зрения, является неизлечимой болезнью, отсутствие воли («нет духа во мне... будто бездушное тело»). Внешне был неряшлив, источал запах немытого тела. Волосы были сальными, растрепанными. Часто нелепо улыбался, без причины хихикал, бормотал что-то под нос. Агрессивного поведения не демонстрировал, был крайне пассивен. Был правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Отмечалось, что имел непоследовательное, нечеткое мышление в

замедленном темпе. Утверждал, что историю с отрезанием головы придумал нарочно, так как «боялся остаться на улице» из-за отсутствия постоянного места работы и жилья. Внимание удерживалось недостаточно, быстро утомлялся, инициативы в беседе не проявлял. На вопросы отвечал с трудом, ссылаясь на плохую память и усталость. Интеллектуально-мнестические способности были без грубых нарушений. Наличие галлюцинаций отрицал, бредовых идей не высказывал. Подписал согласие на госпитализацию.

Анамнез жизни и болезни (со слов пациента). Анамнез по психическим заболеваниям отягощен: отец и старший брат злоупотребляли алкоголем, брат проходил лечение в наркологическом диспансере. Уроженец Саранска, родился от второй беременности с токсикозом во втором триместре. Роды в срок, вес при рождении 3800 г. Матери на момент рождения сына было 35 лет, отцу – 32. Является младшим ребенком в семье, имеется сводный брат, разница в возрасте 14 лет. Мать по образованию бухгалтер, по профессии не трудоустраивалась, работала поваром в столовой, в последние годы жизни торговала обувью на рынке. Отец по образованию слесарь, работал на автозаправке. С родителями никогда близок не был и теплых чувств к ним не испытывал. Матери почти не бывало дома, так как большую часть времени она проводила на работе. Отец часто выпивал, ругался, оскорблял детей и мать вплоть до рукоприкладства. Когда Михаилу было семь лет, родители развелись и он вместе с братом остался жить с матерью и бабушкой. С братом отношения были «натянутые»: терпел постоянные насмешки с его стороны по поводу лишнего веса, между собой ругались по бытовым вопросам. Брат был женат в 18 лет, но из-за злоупотребления алкоголем развелся и продолжил жить с матерью, бабушкой и пациентом. Детские дошкольные учреждения Михаил не посещал. В дошкольном возрасте согласно выписке, предоставленной Мордовской психиатрической больницей, где Михаил находился ранее, был крайне активен, расторможен, плохо удерживал внимание, из-за чего в возрасте пяти лет впервые обратился в психоневрологический диспансер г. Саранска. Лечился с диагнозом «синдром общей двигательной расторможенности, вторичная задержка психического развития».

В школу пошел в возрасте семи лет. Учеба давалась тяжело, но на второй год не оставался. Учиться пациент никогда не хотел и не старался прилагать к этому усилия. В первом же классе начал нарушать дисциплину, уходить с уроков, получал замечания со стороны учителей, на что не реагировал,

поведение коррекции не поддавалось. Мать ругала его в связи с жалобами учителей, била ремнем, но поведение не изменилось: продолжал шуметь на уроках, вертелся, качался на стуле, мешал вести занятие, выкрикивал на уроке, «пускал газы, ел козявки». До 13-летнего возраста был активным: периодически гулял на улице с друзьями, играл в футбол, катался на велосипеде. Со временем круг интересов стал сужаться, начал сторониться общения, не интересовала ни учеба, ни спорт, ни искусство. В седьмом классе был эпизод, когда оголялся в туалете за деньги, «показывая стриптиз», объяснил свое поведение тем, что как-то увидел это по телевизору, решил делать так же: «Хотел на полученные деньги купить сладкое... все смеялись надо мной... нравилось смешить людей». Стыда за свое поведение не испытывал. Признается, что нравилось быть в центре внимания и наблюдать, как учителя злятся. Был период, когда Михаил прижигал себе кожу рук сигаретами. Утверждает, что увидел по телевизору передачу, где один из героев делал так же, и ему захотелось это повторить. Со временем окружающие стали замечать следы на запястье, делали ему замечания, из-за чего Михаил перестал это делать. Любимым времяпровождением был просмотр телевизионных передач и игры на приставке. Михаил ощущал, что отстает от своих сверстников в физическом развитии и в учебе. Дети в школе часто насмехались и подшучивали над ним по поводу лишнего веса и его «неадекватного» поведения. К общению он не стремился, старался держаться обособленно. Чувствовал себя в одиночестве комфортнее, поскольку общение с другими «отнимало слишком много сил». Нравились девочки, но инициативу к знакомствам никогда не проявлял, так как был слишком робким и застенчивым.

В подростковом возрасте часто мастурбировал, но «в 19 лет бросил: желание пропало». С трудом окончил семь классов школы. В связи с игнорированием норм поведения был переведен на домашнее обучение. Закончил девять классов, стремления продолжить обучение и получить среднее специальное образование не было. В армии не служил из-за проблем со здоровьем: избыточного веса, артериальной гипертензии.

Когда пациенту было 15 лет, в семье возникли серьезные финансовые трудности. Мать не смогла расплатиться по кредитам, в связи с чем вынуждена была продать квартиру в Саранске и переехать с бабушкой и детьми в сельскую местность. Несмотря на материальные проблемы в семье, Михаил не искал способов улучшить материальное положение близких. В этот периоду

матери обнаружилось онкологическое заболевание, и через полгода она скончалась. К смерти матери Михаил отнесся равнодушно: «Плакал один день... Испугался, что останусь без денег». После этого вместе с братом продолжал жить в нищенских условиях на пенсию бабушки. Часто получал от нее замечания из-за безделья, но слова бабушки игнорировал, говорил, что не хочет работать («нет сил и желания»). Брат продолжал алкоголизироваться, периодически пытался устроиться на работу, но нигде не удерживался, попадал в наркологический диспансер и психиатрическую больницу в связи с «белой горячкой». После смерти бабушки ситуация усугубилась: братья остались без средств к существованию. С этого момента им помогали соседи и сестры бабушки, но денег не хватало. Копились долги за коммунальные услуги, что привело к отключению всех коммуникаций (тепла, воды и электричества). Михаил постоянно ходил по деревне, попрошайничал. Администрация сельского поселения сообщила, что из квартиры, где проживал Михаил вместе с братом и бабушкой, все имущество было вынесено на улицу, дверей и окон в доме не осталось, вместо входной двери висел кусок железа, газовое отопление отсутствовало, водопровод и канализация не работали, полы были вскрыты. Братья спали на бетонном полу, укрывались рваными тряпками. Нередко вели себя агрессивно по отношению друг к другу, часто наблюдались драки.

После смерти бабушки никакой эмоциональной реакции на утрату близкого не испытывал. По совету соседки Михаил решил симулировать психическое заболевание, чтобы «было где укрыться от холода и поесть». Врачам рассказал, что с 18-летнего возраста видит дьявола, который приказывает ему убивать кого-нибудь из окружающих. В стационаре пациенту был выставлен диагноз «параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, с выраженными нарушениями мышления, выраженным эмоциональноволевым дефектом». Принимал лечение (хлорпромазин, галоперидол). После выписки было назначено поддерживающее лечение, но пациент от него отказался. В дальнейшем никуда не трудоустраивался, продолжал попрошайничать, ходил по помойкам, питался остатками выброшенной пищи. Повторная госпитализация была через 10 лет после первой. Причиной госпитализации стало обращение брата Михаила на его неадекватное поведение. Будто бы пациент накинулся на брата с ножом. Со слов пациента, он «был в плохом настроении, голодный, а брат попал под горячую руку», но Михаил «не хотел его убивать, только хотел, чтобы он отстал. Кричал на него, а нож в руке

оказался случайно, поскольку резал хлеб». В стационаре получал лечение по прежней схеме. После выписки, учитывая невыносимые бытовые условия, вновь решил обратиться за психиатрической помощью, но не для лечения, а для получения инвалидности. Утверждал, что опять симулировал, говорил, что видел дьявола. Был выписан через полтора месяца с диагнозом «шизофрения» без оформления инвалидности.

Через полгода в очередной раз госпитализирован в психиатрический стационар, куда поступил по скорой помощи, которая была вызвана жильцами одного из домов, в подъезде которого Михаил ночевал. После выписки решил уехать в соседний регион страны, посчитав, что там сможет как-то улучшить свое положение. По пути просил у посторонних людей на улице денег и еды, ночевал на вокзале. Как-то там он встретил человека, который предложил ему поехать вместе с ним в Самару на заработки, и Михаил согласился. В дороге у них произошла ссора, и Михаилу пришлось сойти в Сызрани. Там через некоторое время пытался устроиться на ночлег в монастырь, но из-за нехватки мест его не приняли. Случайно увидел объявление о наборе в частный реабилитационный центр. Попросил позвонить из монастыря, после чего за ним приехали и увезли в реабилитационный центр. Находился там несколько недель, но конфликтовал с окружающими и начальством, из-за того что требовалось выполнять работу по уборке территории, а он с ней не справлялся. Вследствие этого его переправили в другой реабилитационный центр, находившийся в Ульяновске. Там Михаил провел два месяца. Пытался работать грузчиком, дворником, рабочим на хлебозаводе, но с работой не справлялся: не мог запомнить инструкции, забывал, как добираться до места работы, «не хватало сил». Частые замечания раздражали и злили Михаила и становились причиной конфликтов с окружающими. Ему пришлось перебраться в третий реабилитационный центр, находившийся в Казани. На новом месте он также не ужился: с работой справлялся плохо, конфликтовал. Из-за частых переездов потерял документы, которые в реабилитационном центре ему обещали восстановить, но этого не сделали. В связи с этим он принял решение, что больше не видит смысла находиться в этом реабилитационном центре. В день ухода из центра бродил по Казани, просил денег у прохожих.

В день госпитализации решил пойти в магазин, чтобы купить еды. Там, с его слов, почувствовал упадок сил, из-за чего сел на пол в центре магазина, пожаловался на плохое самочувствие, и ему была вызвана бригада скорой

медицинской помощи. Как уже упоминалось, своим поведением он привлек внимание полицейского. Вопрос о том, что бывает человеку, совершившему убийство, Михаил мотивировал тем, что не хотел оставаться на улице и искал любые способы получить приют.

В отделении психиатрической больницы. С первых дней ничем себя не проявлял. За внешним видом не следил, часто ходил с приспущенными штанами и полузаправленной футболкой. Выражение лица носило гипомимичный характер. Круг интересов был крайне ограничен. Ничем себя в отделении не проявлял, ничем не интересовался, был малозаметен и бесконфликтен. Большую часть дня проводил в кровати, вставал только на прием пищи и для походов в туалет. К общению с другими пациентами не стремился, держался уединенно. Иногда выходил из палаты в коридор, бесцельно бродил, мычал и шептал что-то себе под нос, нелепо улыбался, без причины хихикал, напевал мелодии. Свое поведение объяснял тем, что вспоминал в эти моменты смешные фразы, события из прошлого. Пребыванием в стационаре не тяготился, боялся, что его могут выписать, поскольку ему было некуда идти и не на что жить. В первые дни проявлял прожорливость, просил добавки пищи, кланчил еду у пациентов, позже аппетит пришел в норму. В дальнейшем при настойчивых просьбах эпизодически, но неохотно выполнял задания персонала: помогал носить еду в отделение, застилать постель. С лечащим врачом общался неохотно. Был неусидчив, раскачивался на стуле, посередине беседы мог встать и начать топтаться на месте. Это происходило на фоне получения антипсихотической терапии с применением галоперидола (до 15 мг в сутки), хлорпромазина (до 100 мг в сутки) и кветиапина (до 600 мг в сутки) в связи с выставленным диагнозом «шизофрения, параноидная, с эмоционально-волевым дефектом».

В беседе с врачом нередко гримасничал, лицо приобретало выражение крайней усталости, часто демонстративно зевал. Нелепо улыбался без видимой причины. Внимание привлекалось вопросом, но по мере диалога быстро утомлялся, начинал отвлекаться на происходящее вокруг. Ответы давал односложные, часто жаловался на усталость либо сообщал, что не помнит о том, о чем его спрашивают. Зрительный контакт не поддерживал – смотрел в пол или в сторону. На неудобные для него вопросы (о поведении в школе, отношениях с братом, конфликтах в реабилитационных центрах) часто отвечал, что не помнит, или пытался уйти от ответа: «Я устал... вряд ли я смогу

ответить на все вопросы... мысли путаются, все так запутано». Жаловался на боли в различных частях тела (то в ноге, то в руке). Был убежден, что у него есть «лень», которую считал неизлечимой болезнью, мешающей ему жить. При расспросе о пожеланиях Михаил называл таковыми «теплый кров и вкусную еду». Не скрывал, что боится остаться на улице, так как ему некуда идти, негде жить, а работать он не может. Несмотря на проведенное лечение, состояние пациента в течение двух месяцев оставалось без изменений. После того как был поставлен вопрос о необходимости выписки из стационара, Михаил сообщил новые сведения о себе. В частности, он сказал, что в нем сидит «подселенец»: «Он иногда кашляет, иногда путает мысли, жить не мешает, но просто сидит во мне... и иногда я чувствую его». Конкретно и подробно описать свои переживания не смог.

При более подробном расспросе было выявлено, что этот «дьявол» появился у Михаила перед второй госпитализацией в психиатрическую больницу. Это произошло, когда пациент смотрел по телевидению передачу о паранормальных явлениях. В этот момент «в грудной клетке появились неприятные ощущения, и понял, что [в него] вселился дьявол». Сообщил, что ранее из-за этого обращался в церковь за помощью, на что батюшка сказал, что здесь необходим экзорцист. В контакт с «дьяволом» никогда не вступал, не видел и не слышал его. Утверждал, что именно «дьявол» «лишил духа, сделал бездушным тело, как мешок», но в целом жить никак не мешал, ничем особым себя не проявлял. При этом во время всех своих предыдущих госпитализаций в психиатрические стационары также сообщал врачам о вселившемся в него дьяволе, но утверждал, что делал это намеренно (в реальности ничего подобного тогда не было), чтобы не замерзнуть на улице, чтобы было что поесть. Таким способом хотел, чтобы его признали сумасшедшим. Ссылался на то, что видел телепередачу про маньяка, который говорил, что ему дьявол рекомендовал убивать людей, и решил сказать то же самое.

В процессе нахождения в стационаре состояние Михаила менялось. Так, через несколько месяцев со времени госпитализации как-то зашел в палату и стал громко говорить, что хочет вернуться в Саранск и убить полицейского, отрубив тому голову. Позже утверждал, что злобы нет, просто всплыл в памяти случай, когда его выгнали с вокзала на мороз. Как-то пациент неожиданно упал посреди коридора, стал дергать конечностями с криками о том, что это «дьявол извивается». Затем как ни в чем не бывало встал и ушел в палату. В

дальнейшем объяснил свое поведение тем, что «дьявол покинул [его] тело, оттолкнул в сторону, управлял руками, поэтому не удержался на ногах», а потом «вылетел из тела». Высказывал догадки, что «подселенец может вернуться». Помимо этого, наблюдался эпизод, когда Михаил, гуляя по коридору, резко ударил кулаком по стеклу туалетной двери, стал громко кричать, ругался матом, после замечания стал биться головой о стену. В этот момент был возбужден, высказывал мысли о нежелании жить («Лучше бы я под поезд бросился, если бы знал, что так долго лежать буду в больнице»). В тот период стал тяготиться пребыванием в стационаре, говорил, что ему не хватает пространства, утверждал, что «готов работать», но реальных планов не имел, просил выписать его весной с наступлением тепла.

Психический статус. Внешне выглядит грузным с избыточной массой тела. Садясь на стул, вздыхает и тяжело дышит. Одет неряшливо. В беседу вступает охотно, отвечая на вопросы, проявляет заинтересованность и эмоциональную вовлеченность. Не стесняется большого числа врачей в аудитории в момент клинического обследования. На вопрос о том, что после нескольких месяцев нахождения в психиатрическом стационаре стоит думать о выписке, отвечает спокойно, соглашаясь на выписку. Однако просит отложить выписку до весны, чтобы на улице стало теплее. Жалоб на состояние здоровья не предъявляет, считает, что проведенная терапия никак не улучшила, но и не ухудшила его психическое состояние. Повторяет то, что рассказывал о себе лечащему врачу. Мышление последовательное, речь грамотная. Более заинтересованным становится при обсуждении темы появления в нем «подселенца». Убежден, что подобное возможно, поскольку многие люди в его окружении в детстве рассказывали о таких случаях. Относится к «подселенцу» нейтрально как к факту жизни. Объясняет, что никогда «подселенец» не делал ему ничего плохого, но и не способствовал тому, чтобы Михаилу сопутствовала удача. В беседе с очевидным интересом рассказывает о паранормальных явлениях, о которых читал в газетах и видел по телевизору. Несмотря на то что в его жизни были случаи необычных переживаний, себя неординарным не считает. Так, сообщив, что у него было два эпизода, когда открывался «третий глаз», позволявший «проникать в мысли, читать их телепатически, видеть скрытые желания матери, бабушки, брата», не настаивал на том, что это что-то из ряда вон выходящее. О «третьем глазе» узнал из телепередачи про экстрасенсов, где сообщалось, что «он был открыт у Ванги, Вольфа Мессинга,

Нострадамуса», а у Михаила он открылся на короткое время (на 5-6 дней) именно после просмотра телепередачи: «видел все иначе, зеленые биополя, ходил как слепой». Об этом никому не рассказывал. В беседе синтонен, настроение ровное.

Заключение невролога. Резидуальная энцефалопатия с двухсторонней пирамидной недостаточностью. Гипоталамический синдром (багровые стрии, ожирение, гинекомастия, гипогонадизм). Эхографических данных, указывающих на смещение срединных структур головного мозга, не выявлено. Ликворопроводящие пути не расширены. ЭЭГ: биоэлектрическая активность головного мозга пограничная. Общемозговые изменения умеренные, в виде дезорганизации альфа-ритма. Реакция корковых клеток на афферентные раздражители сохранена. Функциональные пробы без дополнительной информации. Очаговой медленноволновой активности не выявлено. Эпилептиформной активности, эпилептических приступов и фотопароксизмальной реакции за время обследования не зарегистрировано. ЭЭГ с артефактами движения.

Заключение эндокринолога. На коже множество белых стрий, асимметрично увеличенные грудные железы. Диагноз:

«ожирение III степени, смешанного генеза. Гинекомастия, гиперпролактинемия.

Рентгенография черепа. Кости свода и основания черепа без особенностей. Турецкое седло округлой формы, структурные элементы и размеры без особенностей. Усилен рисунок каналов диплоических вен в лобной, теменной областях.

Психологическое обследование. Во время обследования испытуемый контакту доступен. На вопросы отвечает в плане заданного, неохотно. Фон настроения неустойчив (раздражается на вопросы, связанные с трудовой деятельностью). Инструкции к предлагаемым методикам понимает после дополнительных разъяснений, в целом достаточно, задания выполняет в слегка замедленном темпе, незаинтересованно, часто ссылается на плохое самочувствие, слабость, нежелание работать, демонстративно вздыхает, выражение лица страдальческое. Отмечает внутри себя «подселенца», который мешает ему

думать и сосредоточиться на заданиях. В процессе тестирования выявляется легкое снижение механического и опосредованного запоминания (из 10 слов: 6-6-4-7-7, из 10 образов воспроизвел 7). Умеренное снижение отсроченного запоминания (из 10 слов через 30 минут воспроизвел 5). Кубики Кооса – 50% заданий в заданное время. Концентрация и устойчивость внимания, по таблице Шульте: 1'49", 1'44", 1'42", признаки замедленного вработывания. В методике исключения четвертого лишнего в ответах последовательно актуализируются то конкретные, то искаженные, то адекватные признаки (например, мяч, лыжи, коньки, конькобежец – выделяет мяч, «он сделан из другого материала, а на лыжах и коньках есть крепления из металла»; мел, ручка, карандаш, печатная машинка – выделяет мел, «он не рисует на бумаге, как все остальное»). Сравнение понятий производит с неустойчивостью мотивации при обобщении, с актуализацией внешне конкретных малосущественных признаков, преобладанием субъективизма суждений (например, лыжи – коньки – «это обувь, и то и другое на ноги обувают»). В Классификации группы формирует на основе как существенных, так и случайных, конкретно-ситуационных связей (справился с 1-м этапом, выделяя группу: цветы, одежда, животные, а также объединяя ключи и коньки – «они из железа», очки, стакан и часы – «в них стекло»). Понимание конструкций родительного падежа, а также инвертированных речевых конструкций – после дополнительной стимуляции. По методике Равена правильно выполнил 22 задания из 60, низкие абстрактно-логические способности. Счетные операции производит без ошибок, в слегка замедленном темпе. Пословицы воспринимает буквально (например, семь раз отмерь – один раз отрежь – «главное правило в работе с пиломатериалом, чтобы пиломатериал не испортить, не испилить весь, может оказаться, что и не надо было»). Доступно установление логических связей в простых субтестах, структурирует сюжетную последовательность. С методикой «дискриминация свойств понятий» не справился из-за затруднений в понимании инструкций и нежелания выполнять задание. В мышлении наряду с конкретностью отмечены признаки нарушения способности к обобщению, снижения целенаправленности, актуализации второстепенных признаков. По результатам проективного тестирования: активность сочетается с неустойчивостью эмоционального состояния, тенденция к самореализации – с изменчивостью установок и непоследовательностью. Самооценка неустойчива: наряду с высоким уровнем притязаний неуверенность в себе, которая легко

переходит в другую крайность в ситуации признания и успеха в глазах окружения. *MMPI* – с тестом справился с поддержкой экспериментатора, код 28-4 (95-82-80T) может указывать на своеобразие интересов и мотивов поведения, выраженное беспокойство. Длительные, устойчивые поведенческие реакции, трудности социальной адаптации. По шкале Дембо – Рубинштейн низкая самооценка – 0% по шкалам характер, счастье – «нет боевого духа у меня» и завышенная – 100% по шкалам здоровье, уверенность в себе – полюсная противоречивая самооценка. Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на фоне умеренно выраженных мотивационных нарушений, влияющих на общую невысокую продуктивность, выявляются признаки замедленного вработывания, снижение мнестических функций, ухудшение качества ответов при увеличении интеллектуальной нагрузки, обнаруживается снижение продуктивности мышления с актуализацией внешне-конкретных и малосущественных признаков, у личности со смешанным типом реагирования, признаками хронической дезадаптации и трудностями социальной адаптации.

Приведенный клинический случай представляет собой сложный диагностический, поскольку психопатологическая симптоматика, обнаруживавшаяся у Михаила, совпадала с традиционными верованиями людей (в частности, в возможность появления внутри человека «подселенца»). Еще одним барьером на пути адекватной диагностики был факт объективно трудной жизненной ситуации Михаила – отсутствие у него средств к существованию и места жительства. Сам пациент неоднократно высказывался о том, что многие из жалоб он предъявлял с целью решить свои бытовые проблемы – получить кров и еду.

Из психопатологических симптомов, на которых до настоящего обследования была построена диагностика у Михаила шизофрении, выделялась пассивность, астения, апатия, погруженность в мир собственных переживаний, идеи о том, что в него периодически вселяется «подселенец». Предполагался также диагноз «шизотипическое расстройство в форме бедной симптомами шизофрении (феномен фершробен)». При этом делался упор на том, что при этом расстройстве с подросткового возраста обычно происходит изменение поведения в виде нарастания психической дефицитарности, снижения инициативности, психической активности в сочетании с нарушением адаптации, снижением успеваемости в школе и даже полным отказом от учебы. По мнению психиатров, наблюдавших Михаила за

несколько лет до настоящего обследования, в клинической картине его заболевания проявлялись негативные симптомы в виде чуждачности, странности внешнего облика, прямолинейности, эмоциональной холодности, отрешенности от родственников и знакомых, парадоксальности чувств, проявившейся во вражде и агрессивности по отношению к брату. Высказывания Михаила о «подселенце» были расценены психиатрами как признаки бреда.

Анализ психического состояния пациента показал, что перечисленные симптомы в виде астено-апатического синдрома могли объясняться обнаруженными у него выраженными соматическими расстройствами – ожирением III степени. В таком случае психопатологическую симптоматику следовало трактовать не как апатический синдром, а как анергию. Под анергией в психиатрии традиционно понимается снижение психической, речевой и двигательной активности. Одним из главных факторов, вызывающих анергию, являются эндокринные заболевания. В процессе клинико-психопатологического обследования Михаила мы не обнаружили снижения уровня эмоционального реагирования, апатии и других симптомов, которые определяют диагностику эмоционально-волевого дефекта. Он был синтонен при описании событий своей жизни, расстраивался, когда ставился вопрос о необходимости выписки из психиатрического стационара.

«Патологические идеи и ложные убеждения» Михаила (что в него периодически вселяется «подселенец», что у него два раза в жизни «открывался третий глаз»), позволившие психиатрам выставить ему диагноз «параноидная шизофрения», были расценены нами как проявление традиционных верований. Известно, что в разных этнических и культуральных группах существует устойчивое убеждение о том, что «бесплотные сущности (подселенцы) легко внедряются в биополе человека и паразитируют на его энергетике». К наиболее известным из «подселенцев» относятся бесы, покойники и лярвы.^[7] Высказывания Михаила о наличии у него «подселенца» не могут трактоваться как проявление бредовых идей, поскольку, во-первых, они не выходят за рамки культуральных традиций микросоциума, в котором рос Михаил, во-вторых, они не характеризуются непоколебимой убежденностью в том, что это реальность, и, в-третьих, критика к ним не носит устойчивого характера (Михаил утверждал, что придумал это для того, чтобы найти на время кров и еду). Помимо этого, пациент указал на то, что подобные

идеи пришли к нему после просмотра телепередач о паранормальных явлениях.

Основными в клинической картине психического расстройства Михаила была социальная дезадаптация и невозможность встроиться в реальный мир. Также отмечались не вполне адекватные способы решения создавшейся вокруг пациента трудной жизненной ситуации: вымысел о том, что он мог убить человека и избежать наказания, демонстративное падение в коридоре стационара с криками, что это «дьявол извивается», после того как Михаилу было сообщено о необходимости выписки из больницы.

Таким образом, анализ случая позволяет констатировать, что в клинической картине психического расстройства Михаила отсутствовали основные диагностические критерии, характерные для шизофрении. Не было обнаружено никаких психотических симптомов, не было бреда, галлюцинаций и других проявлений. Ни клинически, ни патопсихологически не было обнаружено «шизофренических расстройств мышления» (аморфности, разноплановости, разорванности). Кроме того, не регистрировались и признаки органического поражения головного мозга. С высокой вероятностью можно предполагать, что случай Михаила соответствует критериям диагноза «смешанное личностное расстройство с доминированием истерических и эмоционально-лабильных черт».

Ненастоящий царь

Кардинальные изменения восприятия обществом нормативного и отклоняющегося поведения существенно затруднили процесс диагностики психических и поведенческих расстройств [1-5]. Границы дозволенного расширились до максимальных пределов, включив в понятие нормы многие формы поведения, считавшиеся на протяжении долгих лет проявлениями психопатологии. На наших глазах произошла «шизофренизация культуры» и «опсихиатричивание реальности» [6-8]. Многие люди в поисках признания и «ловли хайпа» начали намеренно выбирать эпатажное, провокативное и вызывающее поведение. В жизни общества появилось большое число *фриков* – чудаков, стремящихся привлечь внимание к собственной персоне и общественно значимой теме необычным, экстравагантным внешним видом, нетрадиционным мировоззрением и поведением, основывающимся на отказе от устойчивых социальных стереотипов. В части случаев за подобным поведением скрывается политическая активность, в других – современное искусство, иногда – психическая патология [9]. Модными стали перформансы, хеппенинги и акции – как правило, уличные с привлечением внимания большого числа зрителей с целью вызвать их эмоциональную или эстетическую реакцию. Наиболее часто в качестве основного инструмента акционисты используют «изобразительную телесность» – презентацию тела художника-исполнителя и телесное соучастие в творческом акте зрителя-соавтора. В таких арт-практиках тело становится текстом и художественным посланием [10].

Среди одиозных акционистов последнего времени особо выделяются Петр Павленский и Павел Крисевич. Первый прибывал свою мошонку к брусчатке Красной площади, отрезал мочку уха на заборе Центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского, поджигал двери ФСБ на Лубанке и Банка Франции в Париже [11]. Второй демонстративно «вешался» на Троицком мосту в Санкт-Петербурге, приковывал себя наручниками к ограде, выносил новичковый «Томский чай» и поджигал себя в образе Христа на Лубянке [12]. Отличительной особенностью деятельности Петра и Павла было то, что их творческая и политическая жизнь кардинально отличалась от их же мирской и обыденной. Акции – акциями, жизнь – жизнью. Никто из них не превращал свое существование в долгоиграющий перформанс, а акции носили четко

спланированный и строго очерченный по времени характер. Искусствоведы по заслугам оценили творческий потенциал акций Павленского, в меньшей степени заинтересовались перформансами Крисевича, видимо, узрев в них вторичность и расценив их как политическую активность. По-разному отнеслись к акционистам и психиатры: Петра неоднократно обследовали, ему выставляли разнообразные диагнозы, а Павла (насколько известно) к психиатрам на обследование не отправляли и заключений не выносили [12].

За внешним сходством акций Павленского и Крисевича скрываются сущностные и стилевые различия. Все перформансы Павленского были безмолвными, наполненными скрытыми смыслами. Основную роль в них играли сторонние наблюдатели, которые своими действиями и репликами создавали акт современного искусства. Изобразительная телесность пронизывала все акции Петра, объединенные темой иллюстрации несвободы собственного тела, которая разворачивала новые символические ряды: несвободу социальную, политическую и личную [13]. За каждой из акций скрывался художественный замысел и пусть своеобразная, но эстетика. Перформансы Павла были открыто политически мотивированы: для непонятливых он объяснял суть происходящего в стране. Долгое время Петр и Павел оставались законодателями моды в отечественном акционизме.

И вот недавно на российской сцене появился новый акционист, привлечший внимание общественности, полиции и психиатров, – это Геннадий Пирогов, представший в образе Царя Ивана Облачного. Его перформансы носили красочный костюмированный характер, но в них из акции в акцию использовался один и тот же прием: Геннадий в образе Царя в людном месте обращался к прохожим с политическими заявлениями. В отличие от действий Павленского и Крисевича, акции Пирогова не носили телесно ориентированного характера и не были ограничены по времени. Он продолжал активную деятельность в социальных сетях, размещая на своих страницах манифесты, заявления от имени Царя. Впервые в поле зрения психиатров Геннадий Пирогов попал после одной из акций, когда был в недобровольном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу Московской области. На этом сходство с Павленским и Крисевичем заканчивается. В отличие от Петра, которого психиатры каждый раз отпускали без госпитализации, Геннадий за последние годы дважды оказывался в психиатрических стационарах, а один раз проходил интенсивное психофармакологическое лечение.

Клинический случай *Геннадия П.*, 43 года.

Анамнез жизни и болезни. Наследственность психопатологически не отягощена. Рос и развивался нормально. Окончил девять классов общеобразовательной школы, учился посредственно. Увлекался музыкой, историей, старообрядческой религией, большую часть времени проводил в библиотеке, читал фантастическую литературу, книги по астрономии, изучал теорию создания Вселенной, хотел стать «космологом». При этом был активным, деятельным, бодрым, «энтузиастом», занимался спортом. После школы окончил музыкальное училище по классу вокала. Работал массовиком, «Дедом Морозом», снимался в массовках в фильмах, рекламных роликах под псевдонимом Иван Облачный, пел в церковном хоре. Был трижды женат. В настоящее время проживает в Москве, состоит в браке, детей не имеет. Политикой начал интересоваться с 2010 г., посещал различные митинги, участвовал в качестве волонтера в избирательной кампании одного из кандидатов в Мосгордуму.

Со слов Геннадия Пирогова, в 2017 г. произошло «откровение, озарение – Бог через своего духа назначил [его] царем». Якобы утверждал, что это не его фантазии, а «Бог подтвердил это». В том же году провел в Москве несколько перформансов (публичных акций). В июне 2017 г. он приехал на политический митинг на взятом в аренду белом коне. Был весь в белом одеянии, с короной на голове, поверх вышиванки накидка из искусственного меха, в руках табличка «Я здесь власть!». На публике Пирогов нередко появлялся в образе «оппозиционного царя Ивана Облачного, преемника Николая II». Говорил, что этот персонаж – «наполовину шутка, наполовину манифест». Утверждал, что «придумал политический лайфхак – короноваться и протащить в Кремль нормальный кабмин», список которого опубликовал на своей странице ВКонтакте. Планировал организовать «монархический референдум для возрождения новой современной монархии».

В те же годы «издал Царский указ № 1», который, в частности, гласил: «Всем продуктовым магазинам раздавать бесплатно пенсионерам продукты, срок годности которых истекает на следующий день... В магазины, нарушающие этот Указ, пришлю опричный отряд с видеокамерами, которые все зафиксируют и примут жесткие меры (вынудят полицию завести дело о нарушении прав потребителей)». Помимо этого, разместил в соцсетях манифест, в котором сообщил, что «безработный начинающий политик (без

опыта работы) ищет должность Царя самодержца... Должность президента не предлагать!» – и перечислил свои политические взгляды. В частности, указал на необходимость создания «фрескономики» и «ресурсного рубля», полной ликвидации налоговой службы и банковского сектора, тотальный запрет рекламы, легализацию проституции с обязательной сертификацией и учетом клиентов, строгий запрет на наркотики (включая никотин, кофеин и алкоголь, «вино можно»), но создание экспериментального спецрегиона *SODDOM SITY* на берегу Черного моря, где будут легализованы все виды наркотиков, порноиндустрия, ЛГБТ-отношения, фестивали и гей-клубы.

После одного из перформансов в марте 2018 г. был по решению суда в недобровольном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу, где находился в течение четырех недель. В больницу был доставлен сотрудниками полиции с акции, во время которой стоял в костюме царя (шубе) и рваных джинсах босиком на снегу с надетой на голову самодельной короной, держал в руках плакат «Путина в императоры» и призывал Навального на дебаты. Объяснял свое странное одеяние тем, что хотел показать, что «Россия богатая, а народ нищий». «Я, народный царь Иван Облачный, такой же босой и нищий, как российский народ, протестую против финансовой политики». Сопротивления при задержании не оказал.

При первичном осмотре психиатров отмечалось, что фон настроения у пациента был повышен, мышление несколько ускоренное, держался с чувством превосходства. Охотно вступал в беседу, заявлял, что переходит к старообрядческому монархическому правлению. Продолжал называть себя Царем. Находился в стационаре в течение четырех недель. Было проведено лечение с использованием антипсихотиков – галоперидола, клопиксола. Констатировалось, что в результате терапии «психотическая симптоматика редуцировалась». При выписке был выставлен диагноз «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23.1). По окончании лечения Пирогов сообщил, что понимал, что у него было болезненное состояние, и был настроен на дальнейшее лечение у психиатра по месту жительства. Однако к участковому психиатру не обратился, лечения не получал. На учете не состоял и не состоит. После больницы провел еще несколько уличных акций («Я здесь власть», «Он нам не царь!») и продолжил активность на странице ВКонтакте: публиковал тексты политического содержания и создавал видеоролики, в которых выступал в роли и одеянии

царя [14]. Снимал музыкальные клипы и видео, размещая их на своей странице на ютуб-канале [15].

В 2020 г. на Пирогова Г. В. было заведено уголовное дело по обвинению в публичном призыве к осуществлению террористической деятельности с использованием средств массовой информации, а именно в том, что в октябре 2017 г. он разместил на своей странице социальной сети ВКонтакте текстовый файл, содержащий призыв к насильственному свержению конституционного строя РФ. Своей вины не признал.

В связи с возникшими сомнениями в его психическом здоровье Пирогову была назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, которая не смогла дать заключение, сославшись на неясность клинической картины. Вследствие чего в августе 2020 г. ему была назначена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, которая и была проведена в течение четырех недель.

В стационаре привлекал внимание своим внешним видом (длинные взлохмаченные волосы, бумажная корона на голове). Мышление было непродуктивным, речь в форме монолога: не переставал разговаривать, даже когда его не слушали. Фон настроения был повышен, мимика подвижная, «вместе с тем, был приветлив, улыбчив, адекватно воспринимал шутки». Себя характеризовал как жизнерадостного, коммуникабельного человека, энтузиаста, склонного к саморазвитию и «придумыванию различных проектов, увлекающегося своей целью». Отметил, что публиковал в социальных сетях манифест и политические декларации обычно в состоянии «озарения, когда захватывало вдохновение, ликование, настроение было очень приподнятым, была неудержимая радость, оттого что получалось что-то глобальное». Критичность к собственным высказываниям и поведению характеризовалась неустойчивостью и противоречивостью: утверждал, что все его акции носили характер троллинга, и старался найти для себя выгодный исход судебного разбирательства («идеально будет, если скажут, что я был оторван от реальности, не оценивал последствия своих действий»).

Психиатрическое обследование Пирогова в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы привело экспертов к выводу о том, что у него выявляется шизотипическое расстройство, которое лишало его способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими в период инкриминируемого ему деяния. Вследствие чего Пирогову было рекомендовано прохождение принудительного лечения в стационарных

условиях. На диагноз «шизотипическое расстройство», с точки зрения экспертов, указывали такие признаки, как «заострение черт характера в пубертатном возрасте в виде дисгармоничного формирования личностных позиций, демонстративности поведения и взглядов, неадекватного аффекта», что и привело к «социальной дезадаптации». Подтверждением истинности собственного вывода и диагноза «шизотипическое расстройство» эксперты назвали обнаружение у Пирогова «типичных для шизофренического процесса нарушений мышления в виде актуализации несущественных, второстепенных, нестандартных свойств объектов с нечеткостью смысловых и предметных дифференцировок, нецеленаправленности мышления с соскальзываниями, со склонностью к рассуждательству, тенденцией построения труднокорректируемых концепций и однообразных эмоциональных переживаний, нарушения критических и прогностических способностей».

По просьбе пациента и рекомендации адвоката нами в декабре 2020 г. было проведено клинико-психопатологическое обследование Пирогова Г. В.^[8]

Психический статус при обследовании. Специально для консультации Геннадий надел костюм и белую рубашку с галстуком. Объяснил это «значимостью встречи с профессором». В контакт вступает охотно, немного смущаясь. В беседе подчеркнуто учтив и вежлив. Фон настроения ровный. Фиксирован на ситуации судебного разбирательства, понимая всю серьезность положения. Осознает, что ему грозит реальный срок наказания, хотя не согласен с трактовкой следователем его высказываний. Интересуется, какие есть преимущества в случае, если его «признают невменяемым» и отправят не в тюрьму, а на принудительное лечение в психиатрический стационар. При беседе на данную тему волнуется и ищет эмоциональную поддержку. К своим акциям относится в основном положительно, считает, что с их помощью, «эксплуатируя тему Царя, можно строить политическую карьеру и заработать много денег на блогерстве». Сообщил, что данный вопрос хорошо изучил, хотя пока своей цели не добился, но не теряет надежды. Считает себя лицедеем, актером, специалистом по массовкам. Именно на данной деятельности он зарабатывал на протяжении ряда лет. Утверждает, что «сросся с образом Царя» и идеи монархизма приобрели для него характер политического убеждения. При этом сравнивает себя с президентом Украины актером Владимиром Зеленским: «Помните, как он сыграл в сериале «Слуга народа», где успешно изобразил президента, а потом

реально выиграл выборы. Вот я примерно то же самое решил сделать. Фантазировал, вызывал на дебаты всяких политиков в полушутку».

О сути своих политических воззрений говорит только при расспросе. Перечисляет, чем именно он занимался, например работал в штабе одного из оппозиционных кандидатов на выборах в Мосгордуму, который дал ему положительную характеристику, узнав об уголовном преследовании [16].

Описывает себя как увлекающегося человека. Отмечает, что склонен к активности, креативности, энтузиазму особенно тогда, когда в голову приходят плодотворные идеи. Описывает, что на обычно повышенном фоне у него иногда бывают довольно длительные периоды очевидно избыточной активности с эйфоричным настроением, снижением потребности во сне, «массой идей и планов в голове». Помимо этого, Геннадий отмечает, что бывают и состояния, длящиеся по 2-3 дня и характеризующиеся снижением настроения, депрессией, разочарованием в себе, пессимистическим взглядом в будущее. Эпизоды повышенного настроения, как и эпизоды депрессии, ничем обычно не провоцируются, появляются и исчезают самопроизвольно.

С интересом и воодушевлением рассказывает о своей блогерской деятельности, о съемках музыкальных и обычных клипов, в которых он предстает «в образе Царя». В процессе беседы ни разу не просил называть его «Царем», не проявлял высокомерия и не требовал особого внимания к собственной персоне. При анализе размещенных на его странице ВКонтакте политических заявлений говорит серьезно, пытаясь донести суть политической позиции. Свое поведение в психиатрическом стационаре, когда он «издал Царский Указ» и просил называть его «Его величеством», вспоминает со смехом – «дурачился». Также расценивает и свое поведение на уличных акциях. Рассказывает, что склонен к юродству и актерству с детских лет. В период, когда должен был идти служить в армию, продумал, как будет симулировать психическую болезнь. Прочел учебники и специальную литературу по психиатрии. Однако этого не понадобилось, поскольку был освобожден от службы по соматической болезни. Во время беседы спрашивает, а не поможет ли ему для решения судебного дела, если он будет симулировать психическую болезнь и в этот раз? На вопросы о том, играет ли он в Царя и в домашних условиях, например общаясь с женой или родственниками, рассмеялся. Сообщил, что и жена, и родной брат к его акциям и поведению («шутовству») относятся с раздражением и неприятием, и только мама с сочувствием. При этом соглашается, что образ Царя ему близок,

что он разделяет монархические идеалы, ему жаль Николая II и его безвинно казненную семью, и он видит перспективу для страны в смене правления на монархическое.

Речь и мышление последовательные, логичные, без излишней детализации и обстоятельности, но и без склонности к рассуждательству или отвлечению на несущественные детали. Качественных нарушений мышления и обманов восприятия не обнаруживается. Память и интеллект в норме.

Объективный анамнез.^[9] Со слов жены Геннадия Ларисы известно, что они женаты шесть лет. По характеру считает своего мужа не очень общительным человеком, склонным свободное время проводить дома – слушать музыку, смотреть фильмы, играть в компьютерные игры. Близких друзей не имеет, но периодически с приятелями ходит в баню. Характеризует его как хорошего и неагрессивного человека («ни разу на меня даже не повысил голос»). Отмечает, что муж еженедельно ходит в церковь, соблюдает посты, поет в церковном хоре. «Как любого творческого человека, все его время занимает работа (выступления в массовке и пр.). Короткий период времени был продавцом электронных сигарет, но я сразу поняла, что это не его». Дома никаких странностей в поведении не замечала. Раньше бывали периоды эйфории. В настоящее время их нет. «Депрессии как таковой нет, но иногда, конечно, наблюдала нерезкие перепады настроения». Говорит, что у Геннадия есть единомышленники, хотя в их доме никто из этих людей не бывал. Видела, как он читал книги и смотрел фильмы про Николая II. Хотел даже съездить в Екатеринбург, чтобы принять участие в Крестном ходе, посвященном 100-летию гибели царской семьи. Говорил, что в России для наведения порядка нужна монархия. Но никогда не говорил о каком бы то ни было стремлении к насильственной смене власти. Видит себя в роли царя, но допускает, что это может быть и кто-то другой. Считает, что царь должен прийти к власти мирным путем, выбираться Собором и короноваться Патриархом. В домашних условиях никогда царя из себя не изображал и не требовал, чтобы к нему относились как к царской особе. Вел и ведет себя адекватно.

Обсуждение

Как следует из данных медицинской документации и анамнеза, Геннадий Пирогов до 2018 г. никогда в поле зрения психиатров не попадал. Никто из

окружающих не ставил вопроса о неадекватности его поведения и необходимости консультирования у психиатров. С 2018 по 2020 г. дважды обследовался психиатрами не по своей воле в связи с тем, что правоохранительные органы заподозрили у него психическое расстройство. Психиатрами выставлялись два разных диагноза, несмотря на то, что наблюдалась одна и та же симптоматика: *«острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении»* и *«шизотипическое расстройство»*. При первой госпитализации психиатры обращали внимание на неадекватное «психотическое» поведение Пирогова, вытекавшее, с их точки зрения, из его идей превосходства, особой (царской) миссии, а также на отсутствие критичности к собственным высказываниям и поведению. При этом психиатрами не конкретизировался характер данных идей: вначале сообщалось, что он «называл себя по псевдониму Иван Облачный», затем, что «называл себя царем Славянской нации». Из данных указаний специалистов осталось непонятным, был ли Пирогов убежден в том, что он является Царем, или он пользовался псевдонимом Царя для достижения каких-то своих целей. В выписке из стационара нет указаний на то, что идеи пациента носили бредовый характер, несмотря на это ему были назначены антипсихотики. При второй госпитализации в рамках судебно-психиатрической экспертизы обращалось внимание на наличие качественных нарушений мышления в виде актуализации несущественных второстепенных, нестандартных свойств предметов и явлений, нецеленаправленность мышления с соскальзываниями и со склонностью к рассуждательству. Следует отметить, что идеи грандиозности и величия, выявленные и при втором психиатрическом обследовании, не были проанализированы на предмет их причисления к бредовым, сверхценным или иным. Обращает на себя внимание, что обнаруженные экспертами в процессе обследования нарушения мышления (соскальзывания, склонность к рассуждательству, актуализация несущественных, второстепенных, нестандартных свойств объектов) не соответствуют особенностям мышления, представленным в видеоинтервью на ютуб-канале Пирогова^[10] и при личном обследовании.

Особый интерес в плане дифференциации *установочного поведения* с бредовым представляет анализ отношения Геннадия к созданному им образу Царя. Ведь бред всегда характеризуется не только убежденностью в реальности высказываемых идей, но и в некритическом отношении к ним и невозможности посмеяться над ними. Психиатрами же обращалось внимание

на то, что при обсуждении значимых для пациента тем тот «был приветлив, улыбчив, адекватно воспринимал шутки». Фразу, написанную им на своей странице ВКонтакте («безработный начинающий политик (без опыта работы) ищет должность царя самодержца... Должность президента не предлагать!»), нет оснований воспринимать как бредовую. Она скорее указывает на ироничное отношение к себе. Возможно, критичность зависела от остроты психического состояния.

Обращает на себя внимание и тот факт, что клиническая картина заболевания Пирогова не соответствует критериям диагностики шизотипического расстройства, изложенным в Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). В соответствии с ними диагноз «шизотипическое расстройство» может быть установлен только в случае, если у пациента на протяжении минимум двух лет постоянно или периодически обнаруживаются по меньшей мере четыре признака из числа следующих^[11]:

- 1) неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным;
- 2) странности, эксцентричность или особенности в поведении или во внешнем виде;
- 3) обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;
- 4) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;
- 5) подозрительность или параноидные идеи;
- 6) обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
- 7) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
- 8) аморфное, обстоятельное, метафоричное, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью или другим образом без выраженной разорванности;
- 9) редкие транзиторные квазипсихотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации.

Сравнение описанных клинических проявлений с диагностическими критериями по МКБ-10 позволяет утверждать, что из девяти критериев у Пирогова можно было подозревать наличие всего двух: эксцентричность

поведения и странные взгляды (верования, магическое мышление), оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами. Остальных симптомов не наблюдалось и не описано. Однако даже эти два критерия нуждались в обосновании, поскольку эксцентричное поведение и странные взгляды могли трактоваться как намеренные, политически или художественно мотивированные. То есть как по формальным, так и по неформальным критериям оснований для постановки Пирогову диагноза «шизотипическое расстройство» не имелось. И главное, неясно, как специалистами расценивались высказывания подэкспертного о том, что он является «православным царем Всея Руси» и просит обращаться к нему «Ваше Величество», ведь эти симптомы не входят в число критериев диагностики шизотипического расстройства, как и гипоманиакальный синдром.

Вызывает вопросы смена диагноза с «острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении», выставленного психиатрами в 2018 г., на «шизотипическое расстройство» в 2020 г. Остается неясным, был ли первичный диагноз ошибочным или произошла трансформация психического состояния пациента, и «симптомы шизофрении» за два года без терапии купировались.

Для более точного понимания психического состояния Пирогова во время акций, в психиатрическом стационаре и в обыденной жизни следует провести дифференциальную диагностику, включив в круг возможных расстройств, помимо расстройств шизофренического спектра: 1) осознанное провокативное и эпатажное поведение психически здорового человека (актера, «юродивого»); 2) личностное расстройство смешанного типа с доминированием диссоциативных нарушений и псевдологии (F44);

3) биполярное аффективное расстройство (F31); 4) манию с психотическими симптомами или без них (F30).

Во всех медицинских документах Пирогова обращалось внимание на сквозной психопатологический синдром, наблюдавшийся на протяжении нескольких лет: гипоманиакальный синдром. Он проявлялся избыточной активностью, энтузиазмом, повышенной говорливостью и общительностью, завышенной самооценкой и идеями собственного величия (грандиозности), сниженной потребностью во сне, затруднениями в сосредоточении внимания. Периодически данное состояние достигало уровня маниакального состояния без психотических симптомов и дополнялось опрометчивым и безрассудным

поведением, субъективным ощущением «скачки идей» при отсутствии бредовых идей и галлюцинаций, приводившим к снижению социального контроля и поведению, которое было неадекватно обстоятельствам.

Сам Пирогов называет свои акции провокативными, а себя причисляет к юродивым. Дискуссия о том, является ли феномен юродства проявлением психического расстройства или относится к сфере нормы, ведется в научной литературе довольно активно. Часть авторов [17] убеждены, что «юродство Христа ради» носит характер «аскетического подвига», понять который можно, только руководствуясь христианской антропологией, другие же считают, что у явления социального порядка клинического диагноза нет и быть не может, но настаивают на том, что только клинический анализ и способен стать значимым и продуктивным для психиатрии [18]. В связи с этим возникает вопрос о том, можно ли признать поведение и акции Геннадия Пирогова (Ивана Облачного) проявлениями осознанного и намеренного юродства без признаков психопатологии? Сам Геннадий указывал на то, что на протяжении многих лет был склонен к лицедейству, актерству и симуляции, изучал психиатрическую литературу с целью использовать знания для уклонения от службы в армии и в других юридически значимых ситуациях. Однако анализ поведения и высказываний Пирогова показывает, что, помимо игрового начала, в его поведении выявлялись признаки психопатологических расстройств, в первую очередь хроническая гипомания с периодами психосоциальной дезадаптации. Следовательно, оснований трактовать его поведение как исключительно установочное, театральное или личностное не имеется.

На возможность диагностики биполярного аффективного расстройства могли указывать не только признаки маниакальных эпизодов, наблюдавшиеся и врачами, и женой пациента, но и данные анамнеза о том, что у Пирогова «периодически на фоне преимущественно хорошего настроения на 2-3 дня бывало резко плохое настроение, а потом опять появлялась куча идей и энтузиазм». Однако при наблюдении психиатров депрессивных эпизодов не возникало ни разу. При личном обследовании и анализе видеозаписей на ютуб-канале Пирогова его эмоциональное состояние можно было оценить как ровное.

Из всех представленных для дифференциальной диагностики наиболее полно описывающим психический статус Пирогова следует признать диагноз *«мания без психотических симптомов»*. В соответствии с критериями по МКБ-10

данный диагноз выставляется в случае обнаружения трех из числа следующих симптомов, приводящих к тяжелому нарушению личностного функционирования:

- 1) повышение активности или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость («речевое давление»);
- 3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение «скачки идей»;
- 4) снижение нормального социального контроля, приводящее к поведению, которое неадекватно обстоятельствам;
- 5) сниженная потребность во сне;
- 6) повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);
- 7) отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;
- 8) опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются;
- 9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

Сравнение описанных клинических проявлений с диагностическими критериями по МКБ-10 позволяет утверждать, что у Пирогова наблюдались семь клинических признаков мании без психотических симптомов (F30.1). Галлюцинаций и бреда, необходимых для диагностики мании с психотическими симптомами (F30.2), у него не обнаруживалось ни при одном обследовании. Идеи грандиозности (величия) носили неустойчивый характер и сопровождались частичной критичностью. Кроме того, в быту они практически не проявлялись и озвучивались, как правило, при проведении акций, ведении блога и в публикациях в социальных сетях. Нередко Пирогов говорил не о том, что он Царь, а о том, что «будет Царем». Эти идеи появлялись на пике маниакальных состояний и носили кататимный характер, то есть соответствовали доминирующему настроению. Когда фон настроения нормализовывался, актуальность идей грандиозности снижалась и появлялась критичность.

Таким образом, анализ случая Царя Ивана Облачного (Геннадия Пирогова) показывает, что проводившиеся им перформансы были связаны не только с политической активностью, художественным замыслом и мировоззренческой позицией, но и (частично) с психопатологическими причинами, основной из которых являлось гипоманиакальное расстройство с эйфорией и гиперактивностью. У других известных акционистов (Павленского и

Крисевича) подобных механизмов не обнаруживалось – это всегда были акции на фоне адекватного ситуации эмоционального состояния.

Фриковое поведение, презентующее себя через акционизм и перформансы, нуждается в серьезном психологическом и психопатологическом анализе. В этом отношении пример Геннадия Пирогова крайне показателен. Известно, что фрик – это человек, который по разным причинам мыслит иначе, чем окружающие, хотя внешне это может выглядеть сходно. Фрик моделирует свою реальность самостоятельно в конкретный отрезок времени в конкретном обществе [19]. «Для внутреннего пользования» он подобное поведение не применяет. Часто фриковое инакомыслие становится способом самореализации или троллинга, но за ним также способна скрываться и психопатология, хотя это никак не должно умалять общественную значимость и творческую составляющую перформансов и акций людей, считающихся фриками. И уж, конечно, акционизм не должен восприниматься как общественно опасное деяние, и за перформансы человека не стоит сажать в тюрьму или отправлять в психиатрический стационар на принудительное лечение. Недобровольное помещение Геннадия Пирогова в психиатрическую лечебницу мотивировалось заботой о его здоровье: ведь он был босым на морозе и мог простыть. А Царя-батюшку, понятное дело, надо беречь...

Литература

1. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Homo Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Новосибирск. НГПУ, 2009. 248 с.
2. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Мельникова Ю. В. и др. Проблема современной диагностики психических расстройств// Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2012; 4: 7-11.
3. Социальная психопатология. М.: Видар-М, 2018. 456 с.
4. Менделевич В. Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000; 6: 166-168.
5. Менделевич В. Д. Проблема диагностики психических и поведенческих расстройств в эпоху постмодернизма // Экспериментальная психология. 2015; 3: 82-90.

6. Руднев В. Философия языка и семиотика безумия: Избранные работы. М.: Территория будущего, 2007. 528 с.
7. Савенко Ю. С. Психиатризация массового сознания // Независимый психиатрический журнал. 1996; 2: 55-70.
8. Безносюк Е. В., Князева М. Л. Психопатология современной культуры // Психотерапия. 2003; 9: 21-28.
9. Менделевич В. Д. Психопатология как результат творчества // Практическая медицина. 2015; 5 (90): 39-41.
10. Станиславская Е. И. «Изобразительная телесность» художественно-зрелищных форм постмодерна // Вестник Полоцкого государственного университета. Серия Е. 2014; 15: 86-89.
11. Менделевич В. Д. Казус художника Петра Павленского: психопатология или современное искусство? // Неврологический вестник. 2016; 1: 4-16.
12. Дорофеев Р. Павел Крисевич, русский мальчик. Colta. 18 ноября 2020 года. [Электронный ресурс] URL: <https://www.colta.ru/articles/society/25666-pavel-krisevich-monolog-put-k-aktsionizmu> (дата обращения: 2.02.2023).
13. Кубрак Н. Почему Петр Павленский не псих, а большой художник. Палач. 12 января 2019. [Электронный ресурс] URL: <https://click-or-die.ru/2019/01/pochemu-pyotr-pavlenskij-ne-psih-a-bolshoj-hudozhnik/> (дата обращения: 2.02.2023).
14. Иван Облачный. Станица в социальной сети ВКонтакте. [Электронный ресурс] URL: <https://vk.com/ehhrise> (дата обращения: 2.02.2023).
15. Иван Облачный. Доигрался, doc. [Электронный ресурс] URL: https://www.youtube.com/watch?v=kyA7_nvzsYY&t=1474s (дата обращения: 2.02.2023).
16. Гудков Д. Карательная психиатрия возвращается? [Электронный ресурс] URL: <https://echo.msk.ru/blog/dgudkov/2755258-echo/> (дата обращения: 2.02.2023).
17. Ларских М. В., Ларских С. В. Феномен «Юродство Христа ради» – редкий психологический феномен или психическое расстройство? Неврологический вестник. 2018; 4: 52-56.
18. Зислин И. М. Хорошо ли быть юродивым? Неврологический вестник. 2019; 1: 66-69.
19. Киба А. ЛикБез: кто такие фрики. 2011. [Электронный ресурс] URL: <https://pushba.livejournal.com/322811.html> (дата обращения: 2.02.2023).

Веселый COVID^[12]

Далее приведен клинический случай 46-летней пациентки, психолога по профессии, не имевшей в анамнезе никаких психических расстройств, у которой в восстановительном периоде COVID-19 возник острый гипоманиакальный эпизод. Наиболее важным представлялся анализ причин его возникновения, поскольку это могло быть проявление COVID-19 или последствия применения кортикостероидов, или обострение гипотиреоза, или провоцирование биполярного аффективного расстройства.

Психические и поведенческие расстройства, возникающие у пациентов с новой коронавирусной инфекцией, стали привлекать внимание психиатров из-за распространенности и существенного влияния на прогноз заболевания. За последние полгода в мировой научной печати опубликованы десятки статей с результатами клинических исследований, демонстрирующих частоту и тяжесть психопатологии при COVID-19 [1-12]. В работе М. Mazza и соавт. [5] проанализированы 402 случая выписавшихся из ковидных госпиталей больных, у 56% из которых выявлялись различные психопатологические симптомы: посттравматическое стрессовое расстройство (28%), депрессивные (31%), тревожные (42%), обсессивно-компульсивные расстройства (20%) и инсомния (40%). Считается, что коронавирус способен провоцировать развитие психопатологии, непосредственно воздействуя на центральную нервную систему или опосредованно через иммунный ответ [13]. В более ранних работах подтверждена связь между врожденными и адаптивными иммунными системами и нейротрансмиттерами, вызывающими расстройства настроения, психозы и тревожные расстройства [14]. Однако вопрос о том, является ли COVID-19 причинным фактором или лишь провоцирующим агентом для развития психических расстройств, остается открытым.

В статье с громким названием «Психиатрическое лицо COVID-19» [7] также делается упор на том, что коронавирусная болезнь представляет собой тяжелую полиоргannую патологию, которая, помимо того, что вызывает сердечно-респираторные проявления, влияет на функцию центральной нервной системы. Тяжелый острый респираторный синдром, возникающий при воздействии всех разновидностей коронавирусов, демонстрирует очевидный нейротропизм. Системное воспаление и нейровоспалительные

изменения связаны с массивным увеличением провоспалительной активности головного мозга, нейроглиальной реактивности, измененного нейрохимического ландшафта и патологического ремоделирования нейронных сетей. Кроме органических изменений, на психику пациента действуют стресс нахождения в палатах интенсивной терапии, страх перед пандемией и социальные ограничения.

Систематический обзор и метаанализ влияния COVID-19 на психическое здоровье с анализом 3539 клинических случаев заболевания показал [2], что психические расстройства, как правило, возникают в постболезненной (восстановительной) стадии, и преобладающими оказываются посттравматическое стрессовое расстройство (32,2%), клинически выраженные депрессия (14,9%) и тревога (14,8%). Большинство исследователей описывают появление непсихотических психических расстройств в клинической картине COVID-19, и лишь некоторые исследования посвящены анализу психозов. Так, проведенное А. Рагга и соавт. [8] одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование для описания десяти впервые возникших психотических эпизодов у пациентов с COVID-19 показало, что в девяти случаях психотические симптомы появились через две недели после первых соматических проявлений, связанных с COVID-19 и получения фармакологического лечения. В другом исследовании [3], охватившем 153 случая COVID-19, выявлено 23 пациента, у 92% которых психические расстройства появились впервые в жизни. В 26% случаев это были психозы, в 17% – нейрокогнитивные, а в 49% – аффективные нарушения. По результатам исследования M.Tariku [11], пациенты с новым коронавирусом имели психотические симптомы в виде галлюцинаций в различных формах модальности, бреда, дезорганизации речи, кататонических симптомов. На сходство клинической картины психозов при новом коронавирусе и коронавирусных инфекциях, ставших известными ранее, указали Е. Браун и соавт. [6].

Описания маниакальных и гипоманиакальных состояний, впервые появляющихся у больных COVID-19, носят единичный и казуистический характер [14-16]. S. Marchini и соавт. [14] наблюдали 14-летнего подростка, у которого на фоне коронавирусной инфекции возник острый маниакальный эпизод с логореей, психомоторным возбуждением, экзальтацией, сексуально ориентированными мыслями о том, что причина его бессонницы заключается в невозможности мастурбировать. J.A. Mawhinney и соавт. [16] описали случай

41-летнего мужчины, ранее не имевшего никаких психических расстройств. У него на фоне десятидневного течения COVID-19 с лихорадкой резко изменилось состояние, нарушилось поведение. Он стал сексуально расторможен, высказывал грандиозные идеи. Психическое состояние пациента оставалось патологическим и после реанимации. Психиатры диагностировали приступ острой мании.

Нами проанализирован клинический случай пациентки Д., представляющий собой не описанный ранее при COVID-19 психопатологический синдром, длившийся около четырех недель и купированный с помощью незначительных доз антипсихотика.

Клинический случай. За консультацией обратилась Дина (46 лет, психолог по профессии) с просьбой оказать ей срочную помощь. Со слов пациентки, за неделю до обращения она выписалась из стационара инфекционной больницы, где на протяжении 10 дней проходила лечение по поводу COVID-19. Пациентка сообщила, что болезнь протекала крайне тяжело, с гипертермией (до 39), кашлем и двухсторонней пневмонией (КТ4). Госпитализация происходила на фоне длительного кислородного голодания, сатурация легких на момент госпитализации составила 82% (при норме выше 94%). Со слов клиентки, к моменту выписки из стационара ее соматическое состояние стабилизировалось, гипертермия прошла. Получала плаквинил, азитромицин, цефтриаксон, дексаметазон. Похудела за время болезни на 4 кг, затем вернулся вес.

За два дня до выписки у Дины нарушился сон: «спать совсем не хотелось... при этом усталости не чувствовала... даже наоборот, нравилась появившаяся активность. Сон наступал только после внутримышечной инъекции седативного препарата, на вторую ночь понадобилась повторная инъекция, тем не менее сон оказался поверхностным и коротким. Строила планы на возобновление работы. Чувствовала воодушевление».

После выписки начала замечать за собой избыточную двигательную активность, повышенный фон настроения в течение дня, достигающий до ажитации. Не могла усидеть на месте, что-то постоянно хотелось делать, «даже просто бесцельно ходить по комнате». Была физически неутомима в любое время суток и даже ночью ощущала себя энергичной. Мышление, речь и двигательные реакции стали очень быстрые. Ощущала прилив сил и необычайно повышенный фон настроения. При этом осознавала, что такое

состояние для нее нетипично. Обратила внимание на то, что «эмоции стали зашкаливать, просто летала от удовольствия». Заметила за собой обостренное чувство удовольствия от приема еды.

Пациентка как профессиональный психолог зарегистрировала в себе необычное поведение, в частности потребность избавляться от лишних вещей в доме, необходимость освободить все шкафы и ящики, вывезти все ненужное из дома – книги, вещи и прочее. Этим были заняты все ее первые дни после выписки. Вывезла из дома около десяти мешков самых различных вещей: что-то подарила друзьям, что-то выбросила. Также Дина заметила очень легкое, нетипичное для нее отношение к деньгам, она стала совершать покупки вполне полезные и рациональные, но выходящие за рамки ее финансовых возможностей. Это вызывало двойственное отношение: она удивлялась своей радости при полном отсутствии тревоги по поводу своего финансового состояния. При этом Дина отметила, что в связи с остаточными проявлениями болезни она почти месяц не имела никаких доходов и материальной помощи не получала. В эти же дни она легко взяла небольшой потребительский кредит, после того как все средства, имевшиеся на кредитной карте, закончились. И даже этот факт не вызывал в то время никакой тревоги. Испытывала только эйфорию и, с ее слов, «абсолютное счастье».

Кроме того, пациентка стала замечать появление в себе черт, которые ей не были характерны до болезни. Например, законопослушание и потребность все делать в соответствии с предписанными правилами. В частности, ее поразило собственное стремление ездить на автомобиле исключительно в соответствии с ПДД, которые она ранее с легкостью нарушала. Кроме того, Дина заметила «странности» в своем восприятии вещей, например позволяла себе пить воду только из прозрачных или белых стаканов. Это касалось также мисок и тарелок. В связи с этим специально купила посуду недостающего качества, заменила все старые полотенца на новые белые. Еще одной странностью было то, что у Дины появился крайне раскрепощенный стиль общения с посторонними людьми, граничивший, по ее словам, с «социальным промискуитетом». Она могла общаться сразу «на короткой ноге» с любым незнакомым человеком, быть излишне откровенной и разговорчивой, готовой резко сокращать социальную дистанцию. Критичность к своему состоянию у нее сохранялась всегда. Она, как человек и как психолог по профессии, оценивала свое поведение как странное, осознавала наличие в себе «чужих»,

ранее ей не принадлежавших частей, но при этом считала, что это очень эффективное и полезное для нее состояние. Из появившихся «странностей» она отметила необычное восприятие времени: «было внутреннее ощущение, что время течет в три-четыре раза медленнее... по субъективному ощущению, например, прошел час, а в реальности всего 15-20 минут».

Несмотря на повышенный фон настроения и гиперактивность, пациентку очень беспокоила диссомния, в частности то, что в первую ночь после выписки она спала не более трех часов. В последующие ночи сон исчез полностью. При этом после бессонных ночей не было ни малейшего чувства утомления, Дина сохраняла высокий темп во всем и прекрасное настроение. Наутро третьего дня после выписки она решила обратиться в поликлинику к терапевту с жалобами на боли в области груди, отсутствие сна, посчитав, что от своей гиперактивности переутомилась. Терапевт не нашел никаких отклонений: давление, пульс, сатурация легких были в норме. На четвертые сутки появилась тянущая боль в области сердца. Возникло чувство удушья, страх смерти, в связи с чем вызвала бригаду скорой помощи. Приехавшие доктора измерили давление, температуру и сатурацию легких, уровень сахара в крови, сделали ЭКГ. Все показатели оказались в пределах нормы. При этом Дина настойчиво просила ее госпитализировать в кардиологическое отделение, боясь инфаркта или инсульта. Бригада, отметив ее «нервное состояние», рекомендовала посоветоваться с психотерапевтом. С приближением следующей ночи пациентка приняла четыре таблетки мелатонина и три таблетки реслипа.

При этом сон не наступил, появились побочные эффекты: двоение в глазах, неприятные ощущения в области сердца, чувство сжатия за грудиной, нехватка воздуха, страх смерти, ощущение, что случился сердечный приступ. Была опять вызвана бригада скорой помощи, которая в течение четырех часов не приезжала, и за это время состояние пациентки стабилизировалось. В эту ночь клиентка также не спала, но самочувствие ее уже было хорошим. На следующий день Дина обратилась за психиатрической помощью.

Анамнез. О себе говорит как об очень физически и психически здоровом человеке, занимающемся спортом, придерживающемся правильного питания и без вредных привычек. Имеет наследственную предрасположенность к заболеваниям щитовидной железы. Состояла на учете у эндокринолога с диагнозом «гипотиреоз», но на протяжении последних 15 лет никаких

проблем со стороны эндокринологии не было, все анализы в норме. Считает себя ответственным человеком, сильной психологически. В стрессовых ситуациях мобилизуется, бывает решительной и отважной.

Ребенком описывает себя как интравертированную, замкнутую, молчаливую и отстраненную девочку. Отец считал ее серьезной и умной. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена, сообщает, что мамина сестра и брат злоупотребляли алкоголем. Отец по характеру авантюрист, веселый и заводной человек. Образование юридическое и переподготовка по специальности педагог-психолог. Работала в детском саду психологом. В настоящее время она частный практикующий психолог и преподаватель-почасовик.

В подростковом возрасте страдала расстройством пищевого поведения, отмечались эпизоды булимии и существенный набор веса. Постоянно была на диетах, контролировала массу тела, находилась на оздоровительном голодании по трое суток, занималась спортом «с пристрастием». В 26 лет проблема прошла. С тех пор вес остается стабильным. Эпизодов неадекватно повышенного настроения не отмечалось, депрессивные эпизоды возникали периодически и были нетяжелыми, сопровождаясь пассивностью. Обычно возникали осенью и зимой и длились по два-три месяца. В дальнейшем не повторялись. На первом курсе была замкнутой, скрытной, тихой. Затем в процессе систематической психологической работы над собой стала активной, открытой, общительной, уверенной в себе. Несколько раз в жизни проходила тренинги личностного роста. Читала профессиональную психологическую литературу по теме самосовершенствования. Была замужем, но отношения не сложились. В настоящее время проживает в гражданском браке, живет с пожилой мамой и мужем. Имеет взрослую дочь.

Психический статус при обращении. В беседе крайне говорлива, не дает себя перебить и задать вопрос. Фон настроения несколько приподнятый, но истинной веселости не наблюдается. При воспоминании о «приступах болей в сердце» становится беспокойной, тревожной. Полностью критична к своему психическому состоянию и изменениям поведения, которые считает не свойственными ее характеру. Описывает нарушения поведения подробно, с массой деталей. Расценивает свое состояние как уникальное. Склонна к анализу своего поведения с использованием психологических терминов, но понимает, что это психическое расстройство. Убеждена, что приступы паники

и страха умереть от инфаркта или инсульта были связаны с перевозбуждением, длительной бессонницей и избыточной активностью. Отмечает, что родственники видят ее «ненормальное состояние», делают ей замечания. Внимание сфокусировано на неприятных ощущениях. Активной психопатологической продукции в виде бреда или галлюцинаций не обнаруживается. Соглашается, что у нее гипоманиакальное состояние: «Я была активной по жизни, но сейчас активность зашкаливает, наверное, она в сотни раз выраженнее, чем обычно».

Катамнез. В процессе обсуждения с пациенткой плана ее лечения (учитывая ее профессиональные знания в области психологии) был предложен выбор между антипсихотиком и нормотимиком. По обоюдному согласию в качестве первой линии терапии был выбран алимемазин в дозе 5 мг три раза в день. Было решено, что если в течение недели психическое состояние не будет иметь позитивной динамики, то будет назначен карбонат лития. В процессе терапии алимемазином в течение недели было отмечено существенное улучшение состояния: купирование диссомнии, снижение избыточной физической и умственной активности, исчезновение приступов паники. Контрольное обследование через месяц показало, что психическое состояние пациентки вернулось к индивидуальной норме. Она вышла на работу, стала адаптивной.

Обсуждение

Анализ клинического случая пациентки Дины позволяет констатировать, что психопатологическая симптоматика соответствует диагностическим критериям гипомании без психотических симптомов. Это подтверждается обнаружением в клинической картине повышенного аномального для конкретного индивидуума настроения, сохранявшегося дольше четырех дней подряд; повышенной активности и физического беспокойства; повышенной говорливости; затруднения в сосредоточении внимания; сниженной потребностью во сне; повышенной общительностью и фамильярностью. Психопатологические симптомы подтверждались объективным анамнезом (описаниями со стороны родственников). При этом симптоматика носила субпсихотический уровень: отчетливых психотических проявлений не обнаруживалось, и сохранялась критическая оценка со стороны пациентки. В описанном клиническом случае дифференциальная

диагностика проводилась между органическим маниакальным расстройством (F06.30), обусловленным новой коронавирусной инфекцией или иными соматическими (включая органические) причинами, и гипоманией (F30.0), традиционно рассматриваемой в ряду так называемых эндогенных расстройств. Известно, что для некоторых инфекционных и эндокринных заболеваний возникновение маниакального синдрома типично. Подобные клинические проявления описаны при туберкулезе, гриппе, нейросифилисе, ВИЧ, гипотиреозе, онкологии и названы вторичной манией [17– 27]. Приводятся данные о том, что маниакальные эпизоды могут возникать при терапии инфекционных заболеваний антибиотиками [28], а также при лечении кортикостероидами [29]. Считается, что клинические проявления органического маниакального синдрома должны носить гротескный, brutальный характер и сопровождаться психотическим уровнем расстройств. В рамках психических последствий COVID-19 маниакальные состояния описаны в единичных случаях [14-16]. Эпизодов гипомании не описано, в то время как случай психического расстройству пациентки Дины характеризовался именно гипоманиакальными, а не маниакальными симптомами. Он сопровождался полной критичностью пациентки, быстрой редукцией психопатологических проявлений под влиянием выздоровления от COVID-19 и назначения незначительных доз «малого антипсихотика». Следует обратить внимание на то, что в анамнезе у Дины имелось расстройство, потенциально способное вызывать маниакальные (гипотериоз), а также в период активного лечения COVID-19 ей назначался кортикостероид (дексаметазон). Однако гипотериоз у пациентки был на протяжении 15 лет компенсированным, данные об обострении заболевания отсутствовали. Дексаметазон назначался Дине на короткий промежуток времени в начале терапии. У нее не было обнаружено ни одного соматического заболевания (кроме COVID-19), которое могло приводить к развитию маниакального синдрома. Таким образом, можно предполагать, что в конкретном клиническом случае именно COVID-19 стал причиной развития психопатологии. Дальнейшее наблюдение за Диной позволит исключить иные диагнозы, в частности биполярное аффективное расстройство и гипоманию в рамках эндогенной аффективной патологии. Следует согласиться с позицией Elisa Brietzke и соавт. [30] о том, что в связи с обнаружением нетипичных психопатологических проявлений новой коронавирусной инфекции перед научным сообществом встает задача понять теоретические основы

нейропсихоиммунологии патологических расстройств настроения и разработать эффективные схемы терапии.

Литература

1. Мосолов С. Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19. Современная терапия психических расстройств. 2020. № 2. С. 26-33.

2. Rogers J. P., Chesney E., Oliver D. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry. 2020. № 7. P. 611– 27. [Электронный ресурс] URL: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0) (дата обращения: 2.02.2023).

3. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M. A. et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UKwide surveillance study. Lancet Psychiatry 2020. Published Online June 25, 2020. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X.

4. Voitsidis P., Gliatas L, Bairachtari V. Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. Psychiatry Research. 2020. № 289. P. 113076. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113076> (дата обращения: 2.02.2023).

5. Mazza M. G., De Lorenzo R., Conte C. et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. Brain, Behavior, and Immunity. 2020; Jul 30 [online ahead of print]. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037> (дата обращения: 2.02.2023).

6. Brown E., Gray R., Lo Monaco S. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic. Schizophrenia Research. 2020. № 5. P. 5. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005> (дата обращения: 2.02.2023).

7. Steardo L. Jr., Steardo L., Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. Translational Psychiatry. 2020. № 10. P. 261. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00949-5> (дата обращения: 2.02.2023).

8. Parra A. Juanes A., Losada C. P. et al. Psychotic symptoms in COVID-19 patients. A retrospective descriptive study. Psychiatry Research. 2020. № 291. P. 113254.

[Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113254> (дата обращения: 2.02.2023).

9. *Smith C. M., Komisar J. R., Mourad A.* COVID-19-associated brief psychotic disorder. *BMJ Case Rep.* 2020. № 13: e236940.

10. *Morin C. M., Carrier J.* The acute effects of the COVID-19 pandemic on insomnia and psychological symptoms. *Sleep Medicine.* 2020. № 6. P. 1389-9457(20)30261-6. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.06.005> (дата обращения: 2.02.2023).

11. *Tariku M., Hajjare M.* Available Evidence and Ongoing Hypothesis on Corona Virus (COVID-19) and Psychosis: Is Corona Virus and Psychosis Related? A Narrative Review. *Psychology Research and Behavior Management.* 2020. № 13. P. 701-704.

12. *Wu K. K., Chan S. K., Ma T. M.* Posttraumatic stress, anxiety and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress.* 2005. № 18. P. 39-42.

13. *Najjar S., Pearlman D. M., Alper, K.* Neuroinflammation and psychiatric illness. *J Neuroinflammation.* 2013. № 10. P. 816. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1186/1742-2094-10-43> (дата обращения: 2.02.2023).

14. *Marchini S., Ode VO, Delhay M.* First manic episode in 14-year-old adolescent during COVID-19 pandemic lockdown measures: A case report. *Ann Psychiatry Treatm.* 2020. № 4 (1). P. 34-36. [Электронный ресурс] URL: <https://dx.doi.org/10.17352/apt.000018> (дата обращения: 2.02.2023).

15. *Noone R., Cabassa J. A., Gardner L. et al.* New onset psychosis and mania following COVID-19 infection. *Journal of Psychiatric Research.* 2020. № 130. P. 177-179. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.042> (дата обращения: 2.02.2023).

16. *Mawhinney J. A., Wilcock C., Haboubi H.* Neurotropism of SARS-CoV-2: COVID-19 presenting with an acute manic episode. *BMJ Case Rep.* 2020. № 13. P. e236123.

17. *Голубев В. Л., Вейн А. М.* Неврологические синдромы. Руководство для врачей. М. Эйдос Медиа, 2002. 832 с.

18. *Менделевич В. Д.* Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М: Городец, 2016. 128 с.

19. *Steinberg D., Hirsch S. R., Marston S. D.* Influenza infection causing manic psychosis *Br J Psychiatry.* 1972. № 120 (558). P. 531-535.

20. *Teng J. Y., Lee T. S.* Persistent mania and psychosis in a case of novel influenza A (H1N1) virus encephalitis. *European Psychiatry.* 2011. № 26 (1). P. 406.

[Электронный ресурс] URL: [https://doi.org/10.1016/80924-9338\(11\)72114-9](https://doi.org/10.1016/80924-9338(11)72114-9) (дата обращения: 2.02.2023).

21. *Maurizi C. P.* Influenza and mania: a possible connection with the locus ceruleus. *South Med J.* 1985. № 78 (2). P. 207-209.

22. *Park J. H., Yang H. J., Kim S. H.* Psychotic mania as the solitary manifestation of neurosyphilis. *Seo et al. Ann Gen Psychiatry.* 2018. № 17. P. 24. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1186/S12991-018-0195-1> (дата обращения: 2.02.2023).

23. *Krauthammer Ch., Kierman G. L.* Secondary Mania/Manic Syndromes Associated With Antecedent Physical Illness or Drugs. *Arch Gen Psychiatry.* 1978. № 35 (11). P. 1333-1339.

24. *Ayub S., Kanner D., Riddle M. et al.* Influenza-Induced Mania. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2016. № 28. P. e17-e18.

25. *Olde R., Engberink O., Knippels M. et al.* Hypomanic Episode as a First Presentation of a Large B-cell Lymphoma. *Jpn J Clin Oncol.* 2013. № 43 (3). P. 318-320.

26. *Cummings J. L.* Organic psychosis. *Psychosomatics.* 1988. № 29 (1). P. 16-26.

27. *Bag S., San N. D., Akbaş F.* Hypomania in an HIV Positive Patient. *Istanbul Med J.* 2018. № 19. P. 59-61.

28. *Yolken R., Adamos M., Katsafanas E. et al.* Individuals hospitalized with acute mania have increased exposure to antimicrobial medications. *Bipolar Disorders.* 2016. № 18 (5). P. 404-9.

29. *Dubovsky A. N., Arvikar S., Stern T. A. et al.* The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: steroid psychosis revisited. *Psychosomatics.* 2012. № 53. P. 103-115. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.12.007> (дата обращения: 2.02.2023).

30. *Brietzke E., Magee T., Freire R. C. R. et al.* Three insights on psychoneuroimmunology of mood disorders to be taken from the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, & Immunity-Health.* 2020. № 5. P. 100076. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100076> (дата обращения: 2.02.2023).

Призрак спешит на зов

Столкновение человека с чем-то необычным в его жизни может вызвать различные реакции. Иррациональное событие или информация у кого-то станет причиной раздражения и сарказма, у другого приведет к усугублению суеверных установок и мировоззрения, третьего подтолкнет к развитию бреда. Приведенный случай демонстрирует кардинальное изменение психического состояния 70-летней женщины после прочтения статьи об экстрасенсе.

Галина Н., 70 лет, пенсионерка. В психиатрический стационар поступает впервые в жизни с жалобами на мучающие ее видения «необычных зверей», человеческих голов, выраженный страх. В больницу поступает по собственному желанию с целью избавления от надоевших «видений». Психически больной себя не считает.

Из анамнеза. Родилась под Киевом, родители работали в совхозе: отец бухгалтер, мать рабочая. В семье было пятеро детей, младший брат умер вскоре после рождения, Галина – младшая из четырех сестер. В детстве переболела коклюшем, пневмонией. Окончила семь классов школы, училась хорошо, но была вынуждена бросить учебу из-за тяжелой болезни матери (травма позвоночника). Была учеником счетовода, потом работала счетоводом в совхозе. Родители умерли до войны: сначала мать, затем от рака поджелудочной железы отец. Во время войны была призвана в армию. В 1944 г. после ухода войск на Запад служила в Киевской области связисткой. После войны уехала в г. Черновцы к сестре, работала в сберкассе. В Казань приехала в 1946 г. В 1947 г. в возрасте 26 лет вышла замуж. Муж был старше ее на девять лет. О своих отношениях с мужем говорит: «всякое было», «когда замуж выходила, любила, наверное, потом муж стал пить, я часто болела, бывало, и спорили». Родилась дочь, которая умерла в 6-месячном возрасте. «Я переживала, конечно, плакала, но что же делать, мертвого не поднимешь, куда деваться, надо жить». Хотела еще иметь детей, но после родов было приращение плаценты, эндометрит, затем бесплодие. Рассказывает, что муж очень любил детей, часто приводил соседских ребятишек домой, играл, катал на машине. Она к этому относилась спокойно, в играх не участвовала. Никогда не думала о том, чтобы усыновить ребенка: не позволило здоровье и

отношения в семье. Хозяйство всегда вела сама; когда начала болеть (бронхиальная астма), не могла ухаживать за мужем, трудно было делать все самой, муж пил. Предлагала ему жениться или привести к себе в комнату женщину, чтобы было кому за ним ухаживать, на что муж однозначно ответил, что много лет они прожили вместе и сейчас он так непорядочно поступить не может. Семейной жизнью была удовлетворена не вполне. После смерти мужа осталась одна, много болела. Никогда не думала о том, чтобы создать новую семью («не позволяло здоровье»). В Казани 20 лет работала на швейной фабрике. Помимо работы часто с подругами ходила в кино, театр, ездила в лес. Под окном дома был участок пять соток, работала на нем, выращивала помидоры, огурцы. Сейчас участок продала, так как не справляется, оставила немного земли, сажает там цветы. Говорит, что раньше была веселой, много смеялась. Были подруги: дружила с женщинами во дворе, отношения были хорошие, но откровенничать не любила («в жизни всякое бывает», а «жаловаться не люблю – еще осудят», «надеялась только на себя», «хорошего в жизни не было, а о плохом что говорить»). На работе отношения с сотрудниками были нормальными, близких подруг там не заводила, особенно когда работала в сберкассе: работа была связана с деньгами, поэтому никому не доверяла. Хорошо делала свое дело, замечаний никогда не было. Говорит, что колебания настроения появились давно. В последние годы настроение часто было плохим, особенно после смерти мужа. Когда осталась совсем одна, много болела. «Больная куда пойдешь? Только мешать людям». «Все с мужьями, дети есть, а я кругом одна». Есть несколько подруг, иногда ходит к ним в гости. Общается с соседями во дворе. Хозяйство ведет сама, помогают соседи (принести воды, в магазин сходить, сделать укол, вызвать скорую помощь). Приходит медсестра по социальной помощи.

В Бога верила всю жизнь («не знаю, передалось ли это от родителей, это всегда со мной. Людям не показывала – в душе помолишься»). В церковь не ходила – «раньше церкви были разрушены, сейчас тяжело физически». Дома икон не было, «недавно купила одну новую, старых нет». Говорит, что верила в «воздействие Кашпировского, Чумака». За сеансами следили всем двором. Вначале верили, но, когда никому из близких не помогло, вера прошла. Статью об экстрасенсе Дубицком читали все вместе, но соседи отнеслись к ней с недоверием или «боялись вызвать призрак» («Он колдун, дьявол. Говорили: «Ты что, с ума сошла»», – но угораздило меня попробовать»). Жалеет, что не смогла получить образование, говорит, что очень хотела учиться, работать

«повыше», кем, где, значения не имело. Имеет инвалидность (II группа по поводу бронхиальной астмы). Отмечалась травма позвоночника, в связи с этим была установлена инвалидность I группы, частые приступы гипертонической болезни (АД до 240/170 мм рт. ст.), сопровождающиеся сильной тошнотой, рвотой, головной болью, увеличение щитовидной железы II степени, страдает также холецистопанкреатитом, сахарным диабетом, компенсированной формой. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Психические расстройства возникли за четыре месяца до обращения к психиатрам и госпитализации в психиатрическую больницу. После прочтения заметки в газете «Призрак спешит на зов» резко изменилось психическое состояние Галины. В публикации рассказывалось об экстрасенсе Евгении Дубицком, чей энергетический двойник «по воле реципиента можно вызывать на дом для лечения». Экстрасенсом описывалась методика подобного вызова: «А вызвать энергетический фантом можно так: мысленно произнести слова: «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». Представить, что я пришел, и поздороваться. Потом попросить помочь. Все это мысленно. Больной, к которому меня вызывают, должен лечь или поудобнее устроиться в кресле и расслабиться. В комнате никого постороннего быть не должно. Через полчаса также мысленно надо попрощаться, сказать: «Большое спасибо, до свидания». В публикации экстрасенс обещал излечить любую болезнь. Галина выполнила инструкцию, решив избавиться от соматических недугов. Об этом эпизоде рассказала так: «В первый раз ко мне явился врач в белом халате, при этом комната расширилась, двери переместились. Лица он не показал, стоял только спиной или боком, разговаривая с кем-то о том, что помочь этой больной он не сможет». Слов она не слышала, но поняла, что разговор идет о ней. После этого по стенам, по потолку стал «бегать глаз». Считает, что это был глаз Дубицкого, она мысленно с ним разговаривала, ощущала на себе его воздействие: «Как будто рентгеновский луч или очень яркий солнечный зайчик». При этом появилась боль и тяжесть в глазах. Все события происходили в вечернее и ночное время. В это время Галина лежала на кровати с закрытыми глазами, однако образы «видела в комнате». Через две недели после этого случая больная стала видеть, как на стенах и потолке комнаты «появляются и двигаются портреты людей, которые к вечеру превращаются в страшных, фантастических зверей, при этом вытягиваются носы, вырастает шерсть». «Звери кружатся по комнате, залезают под одеяло, ложатся в постель, постоянно изменяются, принимают разные облики».

Каждый вечер больная мучительно не могла заснуть под влиянием этих видений. Говорит, что они очень реальны, окружают ее везде: «Был бы фотоаппарат, обязательно бы их сфотографировала». Видела их только при закрытых глазах. Интенсивность видений увеличивалась к вечеру. Сам Дубицкий, по ее мнению, принимает разные облики: один раз он явился к ней в виде «огромного трехметрового зверя» (полумедведя-полудракона) лег рядом на кровати, «стал задыхаться». Больная, забившись в угол кровати, долго смотрела, как он «испускает дух», и, не выдержав, в два часа ночи убежала к соседке ночевать, но двойник и звери преследовали ее и там. Больная отмечает, что первые 3-4 раза она «вызывала» Дубицкого по своему желанию, в дальнейшем он стал являться к ней самостоятельно. Она ложилась на кровать, закрывала глаза, мысленно произносила формулу вызова: «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». На третьем сеансе больная «увидела красивого молодого мужчину», завернутого во все черное, который сел перед ее кроватью и стал смотреть «пронзительным взглядом». Говорит, что в процессе развития болезни сначала к ней являлся двойник Дубицкого, затем стала видеть его глаз, который плавал по потолку и воздействовал на нее лучами. Затем глаз изменился, «я поняла, что это не его глаз, другой, что Дубицкий, обидевшись на нее за холодный прием его двойника (она не поздоровалась), стал посылать ужасных зверей». Сейчас больная думает, что Дубицкий, возможно, умер, так как «уже давно перестала видеть глаз, через который он воздействовал на нее, однажды видела его двойника в виде чудовища, которое у нее на кровати задыхалось и умирало, и все звери, которых он насылал, тоже стали умирать», «плавали, как мертвые». Видела яркое зарево в углу комнаты, глаза очень слепило, пыталась закрыться рукой, «но яркий свет проникал и через руку». В последние недели (до поступления в стационар) под влиянием «видений» больная спала по 3-4 часа в сутки, ждала, пока, совсем измученная, не уснет. Ела достаточно, но готовить боялась («руки как будто отрубают», «нет желания ничего делать»). Часто чувствовала неприятный запах, даже закрывала пол, чтобы не ощущать его. Голосов, комментариев не слышала, все происходило беззвучно вокруг больной. Обратилась к психиатру, так как «нет возможности все это больше терпеть», хочет вылечиться, избавиться от «видений». За день до поступления после беседы с врачом, который под ее давлением обещал связаться с Дубицким, решила, что в 20 часов 30 минут будет сеанс общения с экстрасенсом, который, «узнав от врача о ее новой болезни, попытается избавить ее от

видений». В этот вечер ощутила гул в комнате, «как будто двигатель работал», «кровать стала шататься», а сама больная чувствовала «оцепенение, тяжесть во всем теле», «как свинцом всю залили». Казалось, что «стены дышат, переливаются волнами», «все вокруг в движении». В 23.00 в невключенном телевизоре появилась человеческая голова со множеством глаз на лбу, шее, волосах, из которых стали выползать младенцы и тут же превращаться в фантастических зверей, кружить по комнате. Больная отмечала, что, кроме невероятной тяжести, она ощутила сильное сердцебиение, пульс был очень частый. Думала, что поднималось давление. На следующий день была госпитализирована в психиатрическую больницу. Обращалась к психиатрам стационара с просьбой связаться («по своим каналам») с экстрасенсом Дубицким и попросить его прекратить воздействие.

Соматический статус. Больная пониженного питания (вес 41 кг, рост 150 см). Имеется выраженная деформация грудной клетки. Состояние больной удовлетворительное, иктеричность склер, кожных покровов. В легких много сухих рассеянных хрипов. Тоны сердца приглушенные, пульс 92 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм рт. ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания. Умеренно болезненный в эпигастрии, в правой подреберной области. Печень увеличена на 2,5 см, плотная, поверхность бугристая. Диагноз: «Бронхиальная астма инфекционно-аллергического генеза, гормонозависимая форма. Желчекаменная болезнь. Хронический холецистопанкреатит. Сахарный диабет, легкой степени, II тип, компенсированный».

Неврологический статус. Походка с легким пошатыванием. В позе Ромберга пошатывание, мелкокоразмашистый тремор пальцев рук. Нистагм в крайних отведениях (слева чуть хуже конвергенция). Хоботковый, сосательный рефлексы – с тенденцией к мышечной гипотонии. Рефлексы оживлены, с двух сторон Якобсона – Ласко ($S > D$), грубый Маринэску – Родовичи с двух сторон. Чувствительных расстройств нет. *Заключение:* «Цереброваскулярная болезнь с хронической сосудистой мозговой недостаточностью в форме двухсторонней органической микроочаговой симптоматики». *Электроэнцефалография.* Отмечаются легкие диффузные изменения с периодическими негрубыми пароксизмами волн диэнцефального характера.

Психический статус. На беседу к врачу больная приходит в основном по вызову. Двигательно спокойна, ориентирована правильно. Охотно беседует. Эмоционально, последовательно и подробно рассказывает о своих переживаниях. Мимика живая. В рассказе часто закрывает лицо руками, вытирает навернувшиеся слезы, беззвучно плачет. Говорит, что видит «разных страшных, лохматых зверей» вокруг себя в отделении, они «постоянно изменяются, рождаются новые», «сначала появляются человеческие младенцы из пасти зверя, они обрастают шерстью, вытягиваются», превращаются в «настоящих зверей, страшилищ». «Чудовища» кружат вокруг больной, бегают по полу, кровати, плавают в воздухе. «Зверей» видит разных: от совсем маленьких до трехметровых. Видит также «человеческие головы»: старика («колдун, наверное»), «ведьму лохматую, с горбатым носом», просто людей – мужчин, женщин, детей. Слов, звуков никаких не слышит, хотя видит, как они что-то говорят. Больная отмечает, что видит все при закрытых глазах, однако проецирует зрительные образы на то пространство, в котором находится. К примеру, на палату в больнице, на коридор. При закрытых глазах «видит» зверей на потолке, если лежит на спине, или на стене, если поворачивается в кровати на бок. Экстракампинной проекции никогда не отмечалось. Интенсивность видений усиливается к вечеру. При открытии глаз изображение зверей исчезает: «Я их не вижу, но знаю, чувствую, что они здесь, вокруг меня», «куда же они денутся?» Прикосновений посторонних, невидимых существ больная до поступления в больницу не ощущала. Вспоминает, как однажды «огромный бегемот подошел к кровати и лег» на нее, при этом она никак не почувствовала его веса. В отделении стала ощущать покалывания в ногах: «Наверное, звери кусают». Картина видений меняется в течение болезни: сначала видела «двойника экстрасенса Дубицкого», потом «его глаз», по стенам, потолку, «плавали портреты людей». Затем появились «фантастические звери». В процессе лечения звери стали «вялыми, часто плачут, съеживаются, плавают, как мертвые». Раньше больная видела их черно-белыми, в больнице они ночами окрашиваются в голубой и морковно-красный цвет. В последние дни «они стали темными, расплывчатыми, как бы отодвинулись» от больной. Отмечает, что дома несколько раз видела, как «стены комнаты расширялись, двери передвигались», «стены были как живые, дышали, переливались». Чувствовала неприятный запах, исходящий из «пасти чудовищ», только при закрытых глазах. Свои переживания больная описывает ярко, красочно. Понимает необычность своих ощущений, несколько месяцев

«стеснялась» о них говорить, скрывала от соседей, окружающих свое состояние. Говорит, что боится «чудовищ», особенно страшно становится, когда они подходят близко, смотрят в глаза пронзительным взглядом («пасть разинут и дышат на меня»). Дома под влиянием этого не могла спать, спала по 3-4 часа в сутки, несколько раз ночью убегала из дома к соседям. В больнице ведет себя спокойно: «Здесь мне не страшно, меня окружают люди», «здесь они со мной ничего не сделают». Очень хочет избавиться от «видений», просит вылечить ее, но твердо уверена в том, что «зверей» на нее «наслал Дубицкий», просит «связаться с ним, пусть он меня полечит», ведь «он же лечит на расстоянии». Критика к своим высказываниям формальная. Иногда в процессе беседы соглашается, что «возможно, это казалось». Часто использует выражение «видела видения», уточняя, что «видеть с закрытыми глазами вообще-то нельзя, но видения появляются в необычных условиях: под воздействием экстрасенса – тогда это возможно, раз так написано в газете». При обсуждении с больной темы экстрасенсорики начинает плакать: «Вот ведь угораздило меня вызвать призрак, двойника экстрасенса». О своих дальнейших планах говорит, что больше «экспериментировать с призраками» не будет: «хватит, помучилась». Настроение больной неустойчивое, со склонностью к снижению. Бывает угнетена содержанием своих «видений». В отделении держится замкнуто, обособленно, в основном лежит в постели, редко читает газеты. С больными не общается («Здесь такие тяжелые больные лечатся!»). Пунктуально выполняет назначения врача, аккуратно пьет лекарства, контролируя медицинский персонал в правильности выполнения назначений. Ориентировка всех видов сохранена. Внимание привлекается достаточно. Память незначительно снижена на текущие события. Больная религиозна. Рассказывает, что долго, когда зверей становилось особенно много, пыталась читать молитвы, крестила их, но это не помогло. Верит в возможность положительного и отрицательного влияния экстрасенсов, в существование фантомов, приведений. В процессе терапии с использованием антипсихотиков в течение 2-3 недель состояние больной улучшилось. Зрительные образы потеряли яркость. Больная отметила уменьшение частоты их появлений и изменение «настроения зверя» (от агрессивно-издевательского до пассивного и даже «умирающего»). Отмечалась корреляция между нормализацией эмоционального состояния пациентки, исчезновением страха и тревоги, восстановлением сна и характером

галлюцинаторных образов.

Экспериментально-психологическое обследование. Беседует охотно, доброжелательно. Задания выполняет старательно, не утомляется при длительной работе. Механическое запоминание не нарушено, из 10 слов воспроизводит: 5-7-8-8-8, через час – 3 слова. Умеренно нарушено опосредованное запоминание. Из 16 понятий вспомнила 5. По таблицам Шульте: 71", 125", 95", 60". В мышлении выявляются элементы разноплановости и субъективизма. Например, в методике классификации на втором этапе выделяет следующие группы: «предметы из дерева», «предметы из железа», «смешанная», «фруктовые», «домашнее питание», «цветы», «лесные звери», «травянистые, букашки», «домашние животные», «транспорт». В рисуночных тестах – легкие признаки органического графического симптомокомплекса. Счетные операции выполняет без ошибок. Не справилась с наиболее сложными заданиями методики Коса. Данные СМОЛ мало достоверны ($F = 83T$), код 69 (72-63T), (3-38T), что может указывать на аффективную ригидность, склонность и сверхценным идеям, обидчивость, упорство в достижении цели. В методике Розен-цвейга резкое увеличение экстрапунитивных ответов, уменьшение интрапунитивных и импунитивных а также препятственно-доминантных ответов. Показатель групповой конформности = 50%. По тесту Люшера: первый выбор – 3652417 0, второй выбор – 3564217 0, что указывает на неудовлетворенность жизненной ситуацией и взаимоотношениями, повышенное внимание к физическому самочувствию, тревогу и беспокойство, вызванные неудовлетворительным жизненным положением, попытками избавиться с помощью напряженной деятельности, направленной на поиск сочувствия и понимания.

Обсуждение

Приведенный случай представляет интерес по нескольким причинам: во-первых, обращает на себя внимание атипичность расстройств восприятия, которые достаточно сложно классифицировать, во-вторых, неясна нозологическая принадлежность выявленных нарушений и, в-третьих, несомненно, значим и необычен механизм взаимовлияния мировоззренческих установок пациентки в условиях атмосферы пропагандирования нетрадиционных экстрасенсорных способов терапии и психотического уровня психических нарушений.

Выявляющиеся у больной Галины психопатологические феномены можно оценивать в нескольких плоскостях. Либо в клинической картине заболевания присутствуют «галлюцинации при закрытых глазах», или «галлюцинации внушенные», либо эти расстройства неверно трактовать как галлюцинации, а следует признать, что это – сенсориализованные, визуализированные представления, так называемые галлюцинации воображения Дюпре. Своеобразие приведенного случая заключается в доминировании психотического (по степени дезорганизации деятельности) синдрома – зрительных феноменов (галлюциноза?), возникших вслед за психическим (эмоционально значимым) воздействием информации об экстрасенсорике. В литературе существуют указания на сходные феномены, например «мнимовос-приятия» умерших людей, однако подобные расстройства, как правило, носят нестойкий характер и зрительные образы воспринимаются при открытых глазах и при сохранении критического отношения к ним. До настоящего времени дискутируется вопрос о психогенных галлюцинозах, большинство авторов отрицают подобный механизм психогенеза. Своеобразием случая больной Галины является и характер психических нарушений. Ядром их служат зрительные образы, возникающие только при закрытых глазах, обладающие чувством «сделанности» (прошедшие путь от произвольных до непроизвольных), имеющие экстрапроекцию и не сопровождающиеся критическим отношением больной («псевдогаллюцинации при закрытых глазах», по терминологии М. И. Рыбальского). Зрительные образы оказывают влияние на поведение больной и ее интерпретацию ситуации, которая носит неадекватный характер. В эмоциональной сфере у больной выявляется выраженный тревожно-депрессивный синдром, взаимосвязь которого со зрительными образами имеет двоякую направленность (от аффективной обусловленности и ожидания галлюцинаций до эмоциональной реакции на их появление).

Наиболее трудным для диагностической оценки выступает ассоциативный процесс, в частности убежденность больной в воздействии не нее экстрасенсорным способом (по клиническим параметрам сходная с синдромом Кандинского – Клерамбо). Однако этот критерий на настоящем этапе развития общества не может считаться убедительным для диагностического процесса в психиатрии. Социологические исследования указывают, что более 40% населения «верят в возможность передавать и принимать мысли на расстоянии».

Как показывают экспериментально-психологические исследования, с одной стороны, нет оснований говорить о шизофренических нарушениях мышления больной, с другой – не отмечается выраженных ассоциативных расстройств органического типа. Неадекватность оценки происходящего затрагивает лишь узкую субъективно значимую (в большей степени мировоззренческую) сторону жизни больной – представления о возможности излечения болезней на расстоянии с помощью экстрасенсорного воздействия. Рассмотрение приведенного случая с традиционных для психиатрии клинических позиций наталкивается на ряд непреодолимых преград, не позволяющих достоверно квалифицировать синдромологию наблюдаемой картины.

Анализ клинической картины позволяет предполагать, что случай с пациенткой Галиной отражает редкое (но, возможно, имеющее большие перспективы к распространению) психическое состояние, генез которого, вероятно, кроется в психологическом воздействии мистической информации при экспансии мифологического мышления в обществе. Традиционно для отечественной психиатрии описанный клинический случай трактуется как органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство. Однако нельзя исключать и диссоциативный характер формирования описанных психопатологических феноменов.

Голая правда

Современная мировая психиатрия столкнулась с новым вызовом – постмодернистской реальностью, когда толерантное отношение к «инаковости» и плюралистичность позволяют признавать нормой широкий спектр индивидуальных стилей жизни и поступков, какими бы «чуждаковатыми» они ни казались. Границы нормативного поведения расширились, сместившись в сферу девиаций и психической патологии. Постмодернизм поставил под сомнение объективность понятия «адекватность поведения», заменив его девизом «На ваше усмотрение» и предоставив человеку самостоятельно определять норму и не норму [32]. Стали распространяться необычные для традиционной культуры формы социального поведения: «эпатаж», «жизнь по приколу», «шизо-культура». Для данного феномена появилось даже новое название – «метанормативное поведение» [10]. Утверждается, что, будучи «антинормативным (антистереотипным), оно не антиобщественно» и нередко оказывается востребованным как любая иная игровая деятельность. По мнению В. Руднева, основной характеристикой нового феномена стала «актуализация шизотипического (аутистического) начала в культуре» [41].

В новых социокультурных условиях остро встал вопрос о критериях диагностики психических расстройств. Короленко Ц. П. и Дмитриева Н. В. [19] обратили внимание на то, что «в постмодернистском обществе, в противоположность предшествующим ему традиционному и современному, наблюдается отчетливая тенденция к учащению ранее редко встречавшихся нарушений, наряду с появлением новых, не выделявшихся в прошлом форм. [При этом] серьезной... проблемой... становится увеличение количества лиц, индивидуально-психологические особенности которых хотя и не настолько выражены, чтобы формально определяться термином «психическое расстройство», но тем не менее предрасполагают к возникновению межличностных конфликтов, кризисов и адаптационных затруднений».

В такой обстановке классические принципы диагностики психических и особенно поведенческих расстройств вошли в противоречие с новыми требованиями общественной жизни [4,6, 7,28-30, 53, 54, 57, 58]. Возникла необходимость пересмотра базовых основ диагностики с сужением круга патологических явлений. Однако психиатрия выбрала другой алгоритм

развития: в классификации психических и поведенческих расстройств стали включаться все новые и новые «болезни» (расстройства), например такие, как «патологическое накопительство» (хординг) [32]. Расширение числа классифицируемых форм происходит сегодня в основном за счет поведенческой и аддиктивной патологии, путем признания расстройствами как девиантных, так и метанормативных форм поведения.

Этот процесс был назван «психиатризацией (психопатологизацией)» обыденной жизни [29,42]. В медицинской антропологии и социологии он обозначается термином «медикализация» [55,56]. Под медикализацией понимают процесс, при котором состояние или поведение человека рассматривается как медицинская проблема, требующая соответствующего решения [2,14, 26, 34]. Речь, по мнению В. Л. Лехциер [23], идет о медикализации широкого круга областей: повседневности, детства, сексуальности, тела, смерти, нормы, страдания, медиадискурса и т.д. Все начинает рассматриваться сквозь призму диагноза и необходимости лечения. «Можно сказать, что медикализация – это процесс патологизации общества, производства пациентского самосознания» [23].

Следует признать, что многие аргументы ученых, отмечающих углубление тенденции медикализации обыденной жизни и критикующих психопатологизацию, носят аргументированный и разумный характер. Ведь данный процесс сказывается как на результатах каждодневной клинической практики психиатров, так и на обоснованности заключений судебно-психиатрических экспертиз и переводит тему медикализации (психопатологизации) из академической в сферу с опасными для «пациентов» социальными последствиями.

Особые диагностические сложности возникают у психиатров в случаях оценки психического состояния и поведения людей творческих профессий. В этом отношении дискуссионным представляется случай художника-акциониста Петра Павленского, совершившего в течение последних лет несколько «художественных акций» (перформансов), вызвавших широкий общественный резонанс и послуживших основанием для назначения судебно-психиатрических экспертиз. Во время акций он, находясь обычно в обнаженном виде, иногда с использованием членовредительства (прибивания гвоздем мошонки к мостовой, отрезания мочки уха или зашивания рта) в метафорической форме демонстрировал «протест против несправедливого государства, попирающего свободу творческой личности».

По мнению коллег (ведущих искусствоведов, художников, писателей, журналистов), П. Павленский – талантливый художник, «Репин нашего сегодня», а его акции следует трактовать как разновидность авангардного искусства [11, 18, 49, 50]. С точки зрения государства, обывателей и следствия, Павленский – это хулиган, экстремист или психически больной [18, 25, 45, 46, 49]. А. В. Скиперских [47], изучавший опыты протестного дискурса в современной России, указывает, что поведение Павленского следует рассматривать как политический перформанс, который «представляет собой своеобразный ответ на действия власти не в рамках существующих институтов, не через созданные для этого механизмы, а непосредственно». Другие исследователи творчества П. Павленского обращают внимание на то, что он «сознательно не связывается ни с какими политическими силами или капиталами, живя в абсолютной свободе и такой же бедности. Художник равноудален от... большей части новых великих художников, застревающих в «узких кругах» и приятных компаниях себе подобных, поддающихся соблазнам коммерческого искусства или уходу в прямое политическое действие... Его [Павленского] знают, его акции обсуждают и, даже когда воспринимают их как выходку нелепого придурка, интуитивно понимают (или хотя бы переживают)» [33]. С точки зрения М. Илюхина [17], все же крайне сложно установить различия между политическим активизмом, результаты которого показывают на выставках, и искусством, когда предметом внимания становится современная политика.

Суть художественного творчества П. Павленского заключается в совершении акций, когда «в холст превращаются улицы и площади, зрительный зал и сцена смешиваются, зрители принимают участие в действии, сами того не понимая» [35]. При этом в соответствии с художественным замыслом акции документируются на видео или фото и впоследствии демонстрируются. Искусствоведы считают перформансы П. Павленского неравнозначными по художественной ценности.

За последние годы П. Павленский совершил несколько акций, названных им «Шов», «Туша», «Фиксация», «Свобода», «Отделение», «Угроза». В рамках акции «Шов» (2012) Павленский, зашив себе рот суровой ниткой, в течение полутора часов простоял в одиночном пикете у Казанского собора в Санкт-Петербурге, держа в руках плакат с надписью: «Акция *Pussy Riot* была переигрыванием знаменитой акции Иисуса Христа». «Зашитый рот стал моей личной трансгрессией, – рассказал П. Павленский [11]. Процесс *Pussy Riot* меня

очень сильно затронул. Я его рассматривал как удар по искусству и ожидал, что художники ответят достойно. Но были только разговоры. А рот я зашил потому, что процесс над *Pussy Riot* — это было требование заткнуться... Было любопытно построить какую-то конструкцию на территории власти, которая бы ей не нравилась, но при этом власть не знала бы, что с тобой делать. Я стал развивать эту тему, старался с помощью минимума средств, используя тело, создать какую-то метафору. Я дошел до такого состояния, когда стал испытывать страх того, что если не сделаю, если не отвечу происходящему, то не смогу остаться личностью, не смогу потом вообще ничего. В жизни я себя так не веду, я спокойный человек».

Художественная акция «Туша» (2013) проходила у здания Законодательного собрания Санкт-Петербурга. Ассистенты принесли нагого, завернутого в многослойный «кокон» из колючей проволоки Павленского ко входу, где он безмолвно и неподвижно лежал, не реагируя на реплики и действия окружающих. Сотрудники полиции освободили его от проволоки при помощи садовых ножниц. Сторонники художника заявили, что «акция символизирует существование человека в репрессивной законодательной системе, где любое движение вызывает жестокую реакцию закона, впивающегося в тело индивида. Это метафора животной покорности, «выученной беспомощности» человека в загоне государственной машины». Соратница и гражданская жена Петра Оксана Шалыгина отметила, что метафора акции мгновенно и непосредственно была воплощена в реальности: «Как только проволоку разрезали и извлекли из нее художника, эта самая проволока впилась в него в виде сотрудников полиции, скорой помощи и многочисленных оперативников» [13].

Наиболее нашумевшая акция «Фиксация» (2013) была проведена Павленским на Красной площади у стен Кремля. Павленский, находясь в обнаженном виде, прибил свою мошонку гвоздем к каменной брусчатке. Сам он объяснил акцию так: «Голый художник, смотрящий на свои прибитые к кремлевской брусчатке яйца, — метафора апатии, политической индифферентности и фатализма современного российского общества».

Акция «Свобода» (2014) была организована на Мало-Конюшенном мосту Санкт-Петербурга и отражала «реконструкцию киевского Майдана». П. Павленский с коллегами подожгли автомобильные крыши и стали колотить палками по металлическим листам, «создавая характерное для

киевского Майдана звучание». Акция, со слов организаторов, была высказыванием о политике коллективного освобождения.

Акция «Отделение» (2014) была проведена на заборе Института социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, когда П. Павленский отрезал себе часть мочки уха. Художник объяснил эту акцию так: «Нож отделяет мочку уха от тела. Бетонная стена психиатрии отделяет общество разумных от безумных больных. Возвращая использование психиатрии в политических целях, полицейский аппарат возвращает себе власть определять порог между разумом и безумием. Вооружаясь психиатрическими диагнозами, бюрократ в белом халате отрезает от общества те куски, которые мешают ему установить монолитный диктат единой для всех и обязательной для каждого нормы» [38].

Акция «Угроза» (2015) была проведена П. Павленским у входа в здание ФСБ на Лубянской площади в Москве, когда он поджег дверь и со смиренным видом встал впереди горящих дверей с канистрой в руках в ожидании собственного задержания. Суть действия художник объяснил так: «Горящая дверь Лубянки – это перчатка, которую общество бросает в лицо террористической угрозе... Страх превращает свободных людей в слипшуюся массу разрозненных тел. Угроза неизбежной расправы нависает над каждым, кто находится в пределах досягаемости для устройств наружного наблюдения, прослушивания разговоров и границ паспортного контроля» [38].

В рамках современного искусства подобные акции относятся к проявлениям перформанса – формы искусства, в которой произведение составляют действия художника или группы в определенном месте и в определенное время. Традиционно к перформансу относят любую ситуацию, включающую четыре базовых элемента: время, место, тело художника и взаимодействие художника и зрителя. В этом заключается отличие перформанса от таких форм изобразительного искусства, как картина или скульптура, где произведение определяется выставленным объектом [9, 45]. Иногда перформанс характеризуют как «художник вместо произведения». Исследователь современного искусства Г. Преображенский так описал акцию «Угроза»: «Перцепт довольно ясный: фронтальная экспозиция, темнота, пылающая рама картины, некоторая новая зона в привычном, ниша, или, как говорил Хайдеггер, «разлом» картины, трещина посреди мира. И это не столько даже рама, сколько изображение самого искусства, современное искусство как пламя, огненная картина и автопортрет художника на фоне сущностного (огненного) изображения современного искусства, а художник с

канистрой как поджигатель-творец... Если у Малевича квадрат – абсолютизация картины как картины, то здесь символическое выражение сути современного искусства... [У Павленского] все происходившее может быть названо «автопортрет художника на фоне современного искусства»» [40].

П. Павленский, причисляя свои акции к формам современного искусства, объяснял, что «произошла демократизация искусства, и это привело к тому, что многие формы искусства, например классическая живопись, стали неактуальными. Художники начали искать новые формы для выражения» [12]. А акционизм – это «попытка художника обозначить границу между традиционным искусством и общественной жизнью... любое произведение искусства, в том числе и классическое, требует объяснений. Даже если вы придете в Лувр и увидите какие-нибудь живописные работы мастеров Средневековья, вы будете удивлены тем, сколько неожиданного расскажет вам грамотный специалист. Может быть, даже обнаружите, что совершенно неправильно понимали картину».

Сходного взгляда придерживается известный искусствовед О. Свиблова, утверждая, что «искусство – это символический объект и ничего больше. Вот в угол повесили «Джоконду» – и не знаем, что она «Джоконда», и прошли мимо... Каждый видит в искусстве только то, что он способен увидеть. Это отражение нашего внутреннего мира» [43]. Д. Драгунский [16], высоко оценивая художественность акций П. Павленского, утверждает, что «искусство – это не только «похоже и красиво». Это еще «и больно, и противно». «Искусство – это всегда, даже в самые благопристойные времена, немножко шок».

В. Нестеренко [35] задался вопросом, чем отличается современный акционизм как вид искусства от хулиганства, революции, восстания и погрома. По его словам, «граница между искусством и хулиганством пролегает в области чужого носа. Если художник размахивает руками в опасной близости от чужого носа, то это все же провокация. Как только нанесен первый удар и пошла чья-то кровь – искусство заканчивается». Сам Павленский неоднократно заявлял, что «во всех акциях, которые [он] проводил, не было ни одной жертвы, только [он] сам, если это слово здесь вообще употребимо» [15].

Акцию «Угроза» прокомментировали многие, например глава Московской Хельсинкской группы, правозащитница Л. Алексеева высказалась так: «Я категорически осуждаю его акцию. Если это перформанс, то это идиотский

перформанс. Представляете, начался бы пожар, а внутри люди, они не смогли бы выйти, у них семьи и дети. Если бы люди сгорели, это как? Сначала все-таки его – к медикам. Нормальному человеку такой перформанс в голову не придет» [21]. По мнению Э. Лимонова, «Павленский – это наследник Герострата и Малевича... Он много раз нарывался, и наконец-то у него это получилось...». «Я смотрю на это как на определенный выброс извращения искусства. Это, несомненно, сделано в русле перформансов. Если он раньше калечил себя, то сейчас он вдруг обратился против государства... Мотивы его поведения исключительно политические, и он должен быть судим как диверсант иностранного государства...» [2, 24].

Необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы П. Павленскому была обоснована, с одной стороны, декларированной следствием неадекватностью его поведения, с другой стороны, имевшейся информацией о том, что П. Павленский ранее наблюдался у психиатров и проходил лечение в психиатрическом стационаре. К тому же следствие отказывалось рассматривать акции Павленского как проявления современного искусства, а эксперты разошлись во мнениях. Вот отрывок из разговора следователя с П. Павленским [15].

Следователь:

– Я... против искусства ничего не имею. И государство наше против искусства ничего не имеет. Это не 80-е годы. И не Советский Союз. Но вы должны разграничивать искусство и совершение противоправных действий.

Павленский:

– На самом деле нет границы, противоправные действия – это риторика, в которую пробуют облечь искусство.

Следователь:

– Да бросьте вы про искусство, тем более политическое. Давайте не будем хорошее искусство мешать с дерьмом.

Павленский:

– Что вы понимаете под искусством?

Следователь:

– Искусство как часть жизни.

Павленский:

– Искусство – это визуальные коды, вот с чем мы и работаем... *Следователь:*

– Этот акт [акцию] как искусство расценивать можете только вы, все остальные люди расценивают это как акт не искусства, а вандализма.

Павленский:

– Об этом надо еще спросить этих остальных людей, есть много людей, много мнений... СМИ уже все сошлись на мнении, что это произведение искусства. Это контекстуализация, перенос контекста в информационном и символическом поле.

Мнение общественности о психическом здоровье П. Павленского выразил депутат В. Милонов: «Ему [Павленскому] лечиться надо, а не выставяться напоказ. Государство просто обязано обеспечить ему надежный уход, поскольку его действия демонстрируют, что он опасен. Он сам себе наносит вред: уши себе отрезает, завтра голову отрежет. Это просто рецидив суицидального синдрома или паранойи... Те психиатры, которые отказываются признавать его невменяемым, которые дышат модными веяниями, они сами, наверное, уже заразились. У психиатров такое бывает, что они сами себя странно ведут» [51]. Согласился с этим мнением и министр культуры РФ В. Мединский, порекомендовавший за информацией о Павленском обращаться в музей истории медицины и психиатрии.

Клиническое обследование Павленского Петра Андреевича 1984 года рождения^[13]

История жизни и болезни испытуемого Павленского П. А. (со слов родственников и испытуемого). Раннее развитие без особенностей. В школу пошел своевременно, успеваемость была хорошей, занимался спортом (легкой атлетикой). В старших классах школы потерял интерес к занятиям, прогуливал уроки, отмечалась конфликтность с учителями. Сменил две школы. Окончил 9 классов, затем 11-й класс вечерней школы. С 16-летнего возраста – эпизодическое употребление разных психоактивных веществ (анаша, кокаин, ЛСД, «грибы»). Героин употреблял в течение двух лет. Со слов П. Павленского, «хотел перепробовать все наркотики». В дальнейшем (с 2002 г.) полностью отказался от употребления наркотиков и более не возобновлял: «закончился опыт наркотический, начался образовательный». Подрабатывал по рабочим специальностям. В армии не служил.

Отношения с родителями П. Павленский характеризует так: «У меня с родителями никогда не было близкого контакта. Я был самостоятельным ребенком. Лет до 17 тусовался на улице, по выходным ходил в рейв-клубы, часто попадал во всякие неприятные истории, пока не понял, что оставаться во всем этом дальше нет смысла, нужно формировать себя. Мать тогда работала

медсестрой [в психиатрической больнице], сейчас она на пенсии. К моим увлечениям она всегда относилась нейтрально, на темы моих акций мы не общаемся вообще. А вот отец повлиял на то, чем я занимаюсь, напрямую. Он был обычным советским гражданином, со всеми вытекающими: никуда не лез, не высовывался, по максимуму хотел сохранить комфортные отношения с государством. Работал старшим научным сотрудником НИИ, а когда началась перестройка, воспринял ее как данность. Главным для него было нахождение в состоянии покоя, в безопасных условиях, он ни в чем не хотел преодолевать себя. В итоге это привело к тому, что он стал алкоголиком и в 49 лет умер, подавившись куском сырого мяса. Я ему за это благодарен, на самом деле.

Можно сказать, что он пожертвовал собой ради того, чтобы показать мне, как жить нельзя. Для меня он – воплощение человеческой слабости. Я часто думаю о том, как поступил бы он, и делаю ровно наоборот» [20].

В поле зрения психиатров П. Павленский попал в возрасте 18 лет (в 2002 г.), когда по собственному желанию обратился в психоневрологический диспансер г. Санкт-Петербурга и проходил стационарное обследование и лечение. При поступлении жаловался на эмоциональную неустойчивость, возбудимость, раздражительность, нарушения сна, устрашающие сновидения. Связывал плохое психическое состояние с последствиями употребления наркотиков. Психотических расстройств и суицидальных мыслей не обнаруживал. В отделении в первые дни конфликтовал с больными, раздражался на замечания медицинского персонала. В последующем стал спокойнее, настроение выравнилось, наладился сон. Находился в стационаре в течение месяца. Был выставлен диагноз: «эмоционально-неустойчивое расстройство личности, в анамнезе полинаркомания». После выписки из стационара было рекомендовано амбулаторное наблюдение, заведена амбулаторная карта больного. Однако на диспансерном учете не состоял и не состоит.

В 2004 г. поступил в Художественную академию на факультет программного дизайна, через два года перешел на факультет монументальной живописи. Параллельно обучался в школе современного искусства. На пятом курсе обучение в академии прервал. Объяснил это тем, что даже написание дипломной (выпускной) работы в вузах, готовящих скульпторов, художников и других представителей мира искусства, противоречит его взглядам на возможность стать настоящим художником. С того времени стал заниматься

чтением лекций и проведением семинаров по современному искусству. По приглашению выступал с лекциями в России и за рубежом.

В официальном браке не состоит, проживает совместно с гражданской женой (Оксаной Шалыгиной) и двумя несовершеннолетними детьми. Со слов матери и жены, «очень любит дочерей, занимается их воспитанием», характеризуется соседями и родственниками с положительной стороны. Окружающие описывают его как «тихого, спокойного, вежливого, неконфликтного». Не курит, не употребляет алкоголь. Придерживается вегетарианской диеты (вместе с женой и детьми). В квартире, в которой проживает семья П. Павленского, практически отсутствует мебель и занавески на окнах. Члены семьи спят на полу, стены обшарпаны, отсутствует душ [36]. При этом квартира не выглядит запущенной или грязной.

Гражданская жена П. Павленского Оксана Шалыгина называет себя его соратницей. При этом сам институт брака и она, и Павленский отрицают, как и стабильные моногамные отношения в целом. Художник и его соратница, по ее словам, встречаются и с другими партнерами для секса [13]: «Не может быть отношений, основанных только на сексе, – это неинтересно, бесплодно и тормозит работу. А если мы разделяем идеи, если человек наш друг, он может войти в наш близкий круг. Мы не используем понятие «семья», потому что это социально-политический конструкт, который подразумевает собственничество и отказ от свободы воли. Мы говорим «близкий круг». Несмотря на свободные отношения в паре, ревность окончательно изжить не удалось, хотя задача цивилизованного человека – держать ее под контролем... Сам по себе секс с другим партнером не является [для нас] чем-то предвзятым, в отношениях важно доверие, а вот обман или сокрытие правды – это предательство». Когда измена со стороны О. Шалыгиной произошла и она не смогла признаться в этом, то решила добровольно себя наказать, отрубив две фаланги мизинца: «Я назначила себе такую цену за нарушенное слово... Потом рассказала Петру. Он согласился. Так связь между действием и словом была восстановлена» [13, 36].

Воспитанием детей родители занимаются поровну, «в зависимости от того, кому в тот или иной момент легче освободиться для других дел». Дети в школу не ходят, поскольку родители посчитали это нецелесообразным. Обосновывая это, О. Шалыгина сообщила, что сама не знает таблицу умножения, очень плохо знает географию, биологию, химию, физику, математику: «Кроме ненависти к школе, я ничего не вынесла. Единственное,

что мне нравилось, – это литература и история, так я начала активно читать... Это [школа] – загубленное время» [36]. П. Павленский объясняет нежелание отдавать детей в школу тем, что в школе детей принуждают носить школьную форму, «всех унифицируют по брюкам и юбкам одинакового цвета. Это верный признак наползающего тоталитаризма» [5, 38].

О. Шалыгина – главный редактор журнала «Политическая пропаганда», где совместно с П. Павленским изучает феномен «политического искусства». Оксана, как и муж, организует собственные художественные акции. Наиболее известна акция «Бомбастика»,^[14] проведенная ею на открытии выставки З. Церетели в 2014 г. Об акции Оксана сообщила следующее: «Новая книга [выпущенная их журналом] была представлена миру единственно соответствующим ситуации способом, а именно извлечена из влагища и втиснута в дряблые руки дочери главного приспособленца и самого продажного художника страны Зураба Церетели» [13].

С течение 10 лет (начиная с 2002 г.) П. Павленский к психиатрам не обращался. Обращение в психоневрологический диспансер (ПНД) в марте 2013 г. было связано с жалобами на тревожность, подавленность, нарушения сна, снижение аппетита, чувства внутреннего напряжения, слабость, появившиеся в 2011 г. и связанные, со слов пациента, с прохождением лечения от гепатита С. В ПНД было назначено лечение (не может вспомнить названия препаратов).

В июле 2012 г. после проведения первой акции («Шов») был освидетельствован психиатром, который в заключении отметил, что пациент «ориентирован верно. Без бреда и обманов чувств. Без агрессивных и суицидальных тенденций. Аутоагрессия была демонстративной». Диагноз: «психически здоров».

После проведения акции «Туша» (май 2013 г.) был консультирован врачом дежурной психиатрической бригады. В связи с тем что психиатры оценили состояние П. Павленского как «представляющее непосредственную опасность» для пациента, был помещен в клинко-диагностическую палату психиатрической больницы, где находился несколько часов. После консультации психиатра был выписан с рекомендациями на амбулаторное лечение.

В ноябре 2013 г. после совершения акции «Фиксация» в очередной раз был обследован психиатрами. Психическое состояние Павленского в приемном покое городской больницы № 1 г. Москвы психиатр описал так: «Собрать

анамнез затруднительно, погружен в бредовые переживания», «протестовал против засилья полиции», «считал себя художником», заявил, что «совершил акт художественного творчества». Установлен диагноз: «эмоционально-неустойчивое расстройство личности». Затем П. Павленскому была проведена амбулаторная комплексная судебно-психиатрическая экспертиза в психиатрической клинической больнице им. Н.А. Алексеева, в рамках которой отмечено, что подэкспертный «ориентирован в месте, времени и собственной личности. Демонстративен. Психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций) нет. Критические и прогностические способности не нарушены». Эксперт-психолог указал, что у подэкспертного «мнестические процессы сохранены. Логические зависимости устанавливает верно». На основании исследования эксперты пришли к заключению о том, что «Павленский П. А. каким-либо психическим расстройством и слабоумием не страдает, обнаруживает признаки смешанного расстройства личности», «в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, временного психического расстройства либо иного болезненного состояния психики не обнаруживал, мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими». Сделан вывод о том, что в принудительных мерах медицинского характера в соответствии со ст. 97, 99 УК РФ не нуждается.

После акции «Свобода» (февраль 2014 г.) следственные органы ходатайствовали о проведении стационарной судебно-психиатрической экспертизы, которая назначена не была. В том же году (октябрь 2014 г.) после совершения акции «Отделение» в связи с «аутоагрессивным поведением» (травматической ампутацией мочки правой ушной раковины) был трижды консультирован психиатрами, выставившими противоречащие друг другу диагнозы: «острое психическое расстройство, неуточненное», «острое полиморфное психотическое расстройство с аутоагрессивным поведением» (с рекомендацией назначения галоперидола и аминазина) и «самоповреждение... с демонстративной целью».

Психическое состояние испытуемого на момент обследования (8 октября 2014 г.). В контакт вступает охотно. В беседе приветлив, учтив, деликатен. Спокоен, эмоционально синтонен. Открыто и заинтересованно обсуждает вопросы, связанные с совершением им «актов художественного творчества» (инкриминируемых ему деяний). На вопрос о мотивах поступка на Красной

площади (акция «Фиксация») и его связи с доминирующим мировоззрением подробно описывает культурологические и художественные истоки сходных поступков других творческих людей. Рассказывает об авангардистских течениях современного искусства (перформансе, дадизме, акционизме и др.). Подчеркивает, что имеет соратников и коллег, разделяющих его взгляды на современное искусство. При этом отмечает, что принципиально значимой для него как для личности является цель данной разновидности искусства – противостояние и борьба с различными стандартами, несвободой, ограничениями, стереотипами. При обсуждении этих тем говорит эмоционально, но без экзальтации и позерства. Признаков демонстративности также не обнаруживает. Отмечается повышенная чувствительность к вопросам справедливости и свободы.

Убежден, что своей акцией на Красной площади (как и другими акциями) достиг желаемого результата – привлечения внимания общественности к теме несвободы личности. Гордится тем, что смог осуществить свой план, все продумать, обойти все препятствия. Объяснил, что форму акции взял из уголовной среды («на зоне нередко заключенные прибивают мошонку к нарам, демонстрируя таким образом протест против произвола начальства»), а смысл, который он вкладывал в акцию, должен был продемонстрировать простым людям, что «мы все живем в глобальной зоне». Каких-либо политических предпочтений не высказывает.

В беседе проявляет высокий интеллект и уровень знаний. Мышление логичное, последовательное, без признаков соскальзывания, резонерства или разорванности. Внимание привлекается и удерживается в норме. Память на текущие и прошедшие события сохранена. Признаков астении не отмечается.

На вопрос, считает ли он себя психически больным, ответил отрицательно. При этом высказал мысль о том, что не раз размышлял, что такое психическое заболевание, и знает людей, которые нуждались в психиатрической помощи. Сообщил, что его основной задачей при совершении акции «Отделение» (на заборе института им. В.П. Сербского) была постановка вопроса об объективности психиатрии как таковой: «Я отрезал мочку уха, как Ван Гог. После этого он был объявлен сумасшедшим и началась травля. Я думаю, что это повлияло на его решение о самоубийстве... Есть очень показательный исторический пример. В США в XIX в. были такие диагнозы, как «драпетомания» и дизестезия».^[15] Психиатры изучали беглых рабов и находили, что стремление бежать из рабства – это психическое расстройство,

и называлось оно драпетомания. А стремление рабов разрушать продукт собственного труда назвали дизестезией... Где психиатрия? Нет ее. Это псевдонаучное объяснение изоляции. Ну, нужно изолировать человека, чтобы он не перерезал всех, и его изолируют. А в том виде, в котором она существует, это просто подкладка под режим...»

Не считает себя дезадаптированным человеком, указывая на то, что в быту и со своими близкими бесконфликтен. Активной психопатологической продукции (бреда, галлюцинаций и др.) не выявляется.

Выводы по клинико-психопатологическому исследованию Павленского П. А. и обсуждение

В процессе обследования Павленского П. А. не обнаружилось признаков нарушения познавательных процессов (расстройств мышления, восприятия, памяти, внимания, интеллекта) и расстройств аффективной сферы. Выявлены особенности, приводившие его на протяжении жизни и в инкриминируемые периоды к эпатажному поведению, которое расценивалось правоохранительными органами как нарушение общественного порядка.

Вопрос о том, носило ли поведение П. Павленского в периоды совершения «акций» нормативный или патологический характер, является крайне неоднозначным и дискутабельным. Мнения психиатрической общественности разделились. Так, «психиатр-криминалист» М. Виноградов [52] утверждает, что «речь может идти о психопатоподобной вялотекущей шизофрении, которая время от времени дает всплески неадекватного поведения... Такие люди, как Павленский, опасны для общества, потому что однажды они могут перейти грань и совершить действия, которые причинят вред окружающим: напасть на кого-то или создать ситуацию, при которой может произойти катастрофа, автомобильная или какая угодно другая. Все его действия больше говорят о том, что он нездоров». «Православный психиатр» Д. Авдеев [37] констатирует, что «глубокое уродство души далеко не всегда есть следствие тяжелого психического заболевания, например, шизофрении. Это, может быть и скорее всего, является патологией личности... Раньше о психопатиях говорили как о «нравственном помешательстве», «душевной порочности», «моральном уродстве»... Конечно, это душевное заболевание, но заболевание особого рода. Павленский болен уродством души».

Выставлявшийся П. Павленскому психиатрами (в том числе, судебными) диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности» (F60.3) требует

обоснования и научной аргументации. Известно, что для его диагностики необходимо обнаружение в клинической картине следующих критериев [27]: 1) ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения; 2) сниженная способность планирования; 3) вспышки интенсивного гневливого аффекта часто приводят к насилию, либо «поведенческим взрывам», они легко провоцируются, когда импульсивные акты осуждаются окружающими либо им препятствуют. Выделяются две разновидности этого личностного расстройства, и при обеих присутствует общая основа импульсивности и отсутствия самоконтроля.

Сравнение особенностей поведения П. Павленского с диагностическими критериями эмоционально-неустойчивого личностного расстройства показывает, что они не совпадают ни по одному пункту. П. Павленский всегда тщательно планировал свои акции, заранее все продумывал: «акции «собирались» по несколько месяцев: в голове копились впечатления, которые однажды складывались в простое и лаконичное действие» [33]. К акции «Фиксация» он готовился особенно долго и скрупулезно, тренировался с секундомером, изучал в интернете анатомические схемы, готовил инструменты (точил, подпиливал, дезинфицировал).

Таким образом, нет оснований говорить о наличии у П. Павленского признаков импульсивности, тем более что в обычной жизни он характеризуется как спокойный, тихий и уравновешенный человек, не склонный к агрессии, эпатажу или демонстративности. Нельзя также говорить о неспособности планировать и учитывать последствия своих действий. Павленский прекрасно понимал, к чему могут привести его художественные акции, и после их совершения ждал задержания полицией. Он ради воплощения в жизнь своих художественных замыслов был даже готов оказаться за решеткой.

Если оценивать особенности «патологичности» поведения П. Павленского по основополагающим диагностическим критериям личностных расстройств по МКБ-10, то обнаружится, что и по ним нет никаких оснований диагностировать какое-либо поведенческое расстройство.^[16] Так, у П. Павленского отсутствуют:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования (аффективность, возбудимость,

контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, стиль отношения к другим людям);

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения болезни;

е) обычно, но не всегда расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Таким образом, клиническое исследование П. Павленского и анализ его «неадекватного» поведения по материалам судебно-психиатрических экспертиз и объективного анамнеза позволяют утверждать, что нет никаких оснований для диагностики у него каких-либо психических и/или поведенческих расстройств. Своеобразие поведения П. Павленского с элементами членовредительства и сексуальной провокативности не должно рассматриваться исключительно сквозь призму психиатрии. Данному феномену может и должно быть найдено иное объяснение. Ведь акционизм не вымысел, не «бред воспаленного воображения», а реальность современных художественных практик, «самая адекватная форма неклассического искусства» [22]. Специалисты убеждены, что «причастность к вечному, присущая большому искусству, реализуется в акционизме за счет близости акций к первобытным ритуально-магическим формам... на уровне бессознательных архетипических структур», вследствие чего сфера сексуального становится существенной частью искусства [39]. Неотъемлемым атрибутом акционизма становится феномен фиксации, «не важно какой: фотокинодокументирование, интернет-фиксирование или собственно объектная фиксация» [43]. Психопатология же со своим специфическим инструментарием и устоявшимися взглядами на норму и патологию, не учитывая архетипической сущности современного искусства и осознанного характера его представления обществу, неправомерно вторгается в недоступные ей сферы.

Свою лепту в дискредитацию психиатрии в общественном сознании вносит увлеченность многих психиатров патографией – исследованием жизни и творчества выдающихся личностей, ориентированным на поиск скрытых психопатологических мотивов их творчества. В теориях социального контроля патография рассматривается как инструмент медицинской стигматизации [46]. С развитием психиатрической профессии некоторые ее представители стали заявлять о психопатологичности любого современного искусства [1] и о том, что без их экспертизы в вопросе о творчестве обойтись нельзя. Существует даже точка зрения о том, что современное «искусство само по себе является психопатологией, [поскольку] мир метафор искусства практически един с метафорами психиатрии» [43]. С точки зрения В.П. Самохвалова, современное искусство питается творчеством душевнобольных («искусством аутсайдеров», «арт-брютом»). «По отношению к классическому новое искусство выглядит отчетливо регрессивно, – считает В.П. Самохвалов. – Творящий всегда воплощает в своих произведениях особенности своей личности, личную историю и анамнез, а также психопатологию» [43]. Специалистами, критикующими патографию за примитивизм и «профессиональный кретинизм», регистрируется иная закономерность: процесс психопатологического синдромообразования предстает как творческий акт, а не наоборот [31]. То есть изысканность или обыденность клинической картины болезни, богатство или бедность содержания и формы психической патологии признаются производными не от заболевания, а от творческих способностей пациента.

Обратим внимание на то, что в наши дни в России практически отсутствует критика лежащей в основе патографии идеи – объяснять особенности творчества характером психической болезни [46]. В связи с этим В.В. Гаврилов [8] справедливо отмечает, что маргинальное творчество следует рассматривать как своеобразную парапсихопатологическую экспрессию – результат смещения переживаний на грани психического заболевания и нормы.

Частный случай художника-акциониста Петра Павленского заставляет всерьез обратиться к проблеме общего для психиатрии порядка – анализу причин распространенности парадигмы медикализации (психопатологизации) общественной жизни и творческой деятельности. В идеале психиатрии не следует вмешиваться ни в процессы политического активизма, ни в метаморфозы современного художественного творчества. Пересмотреть существующую психиатрическую парадигму необходимо для того, чтобы

избежать упреков в ангажированности и субъективизме, а также с целью утверждения психиатрии в качестве серьезной научной дисциплины. Анализ конкретного казуистического случая и предпринятые психиатрами попытки причислить его к кругу психиатрических диктует необходимость привлечения внимания специалистов к выработке четких и убедительных критериев дифференциации поведенческих расстройств, девиаций поведения и творческих актов.

Литература

1. Безносок Е. В., Князева М. Л. Психопатология современной культуры // Психотерапия. 2003. № 9. С. 21-28.
2. Беспалов В. Петр Павленский: из огня в огонь. [Электронный ресурс] URL: <https://www.zaks.ru/pda/archive/view/146595> (дата обращения: 4.02.2023).
3. Боязитова А. Н. Медикализация как социальный процесс: Дисс.... канд. мед. наук. Волгоград, 2007. 159 с.
4. Брюханов А. В. Смена парадигмы в психиатрии: от неокантианства к метамодернизму// Таврический медико-биологический вестник. 2013. № 1. Ч. 3. С. 57-61.
5. Буянова Д. Петр Павленский: «Мои дети меня понимают» // Метро. 2014. Режим доступа: <http://www.metronews.ru/novosti/pjotr-pavlenskij-moi-deti-menja-ponimajut/TponjD-vTFMrNGLWah/> (дата обращения: 4.02.2023).
6. Власова О. Антипсихиатрия. Социальная теория и социальная практика. М.: Высшая Школа Экономики (Государственный Университет), 2014. 432 с.
7. Выгонский С. Психиатрический диагноз как феномен культуры // Медицина Юга России. 2001. № 12 (73). С. 12.
8. Гаврилов В. В. Границы аутсайдер арт /В Сборнике «Искусство аусайдеров: путеводитель». Ярославль, 2005. [Электронный ресурс] URL: <http://www.medpsy.ru/science/science049.php> (дата обращения: 4.02.2023).
9. Гниренко Ю. Перформанс как явление современного отечественного искусства. Арт-азбука современного искусства. [Электронный ресурс] URL: http://www.gif.ru/texts/txt-gnirenko-diplom/city_266/fah_348/ (дата обращения: 4.02.2023).
10. Гожее К. М., Юрков С. Е. Понятие «метанормативное поведение» и его границы // Известия Российского государственного педагогического

университета. 2005. № 10. С. 268-272.

11. *Гусарова Ю.* «Петр Павленский: Тело человека гораздо прочнее, чем кажется». Интернет-издание «Сноб». 2013. [Электронный ресурс] URL: <http://www.snob.ru/selected/entry/67704> (дата обращения: 4.02.2023).

12. *Дельфинов А.* Теперь любой полицейский, который сфотографируется рядом с Павленским, войдет в историю искусства. [Электронный ресурс] URL: <http://7x7-journal.ru/item/71529> (дата обращения: 4.02.2023).

13. *Денисова И.* Революционный этюд. [Электронный ресурс] URL: <http://www.svoboda.org/content/article/27380498.html> (дата обращения: 4.02.2023).

14. *Доброродный Д. Г., Черняк Ю. Г.* Медикализация как социокультурный феномен и предмет междисциплинарного исследования // Философия и социальные науки. 2012. № 1/2. С. 82-88.

15. Допрос Петра Павленского. Пьеса в трех действиях // Сноб. 2014. [Электронный ресурс] URL: <https://snob.ru/selected/entry/77648> (дата обращения: 4.02.2023).

16. *Драгунский Д.* Искусство – это «больно и противно»// Новая газета. 2013. [Электронный ресурс] URL: <http://www.novayagazeta.ru/comments/60974.html> (дата обращения: 4.02.2023).

17. *Илюхин М.* В чем художественная ценность акций Петра Павленского? [Электронный ресурс] URL: <http://thequestion.ru/questions/52119/v-chyom-hudozhestvennaya-cennost-akcij-petra-pavlenskogo> (дата обращения: 4.02.2023).

18. *Кандаурова Н.* Если двери поджигают – значит, это кому-нибудь нужно? // Экономические известия. 2015. [Электронный ресурс] URL: <http://eizvestia.com/life/full/752-esli-dveri-podzhigayut-znachit-eto-komu-nibud-nuzhno> (дата обращения: 4.02.2023).

19. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Homo Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Новосибирск: Изд. НГПУ. 2009. 248 с.

20. *Левкович Е.* «Петр Павленский: «Моя цель – побудить людей к действию». [Электронный ресурс] URL: <http://juliawinston.eu/pavlenskiy/> (дата обращения: 4.02.2023).

21. *Леке А.* Миф, который сгорел. [Электронный ресурс] URL: <http://tools.t3Op.ru/?http%3a%2f%2falbert-lex.livejournal.com%2f85181.html> (дата обращения: 4.02.2023).

22. Лексикон нонклассики. Художественно-эстетическая культура XX века / под ред. В. В. Бычкова. М.: Российская политическая энциклопедия. 2003. 607 с.

23. Лехциер В. Л. Эффекты медиализации и апология патоса // Вестник Самарской гуманитарной академии. Вып. «Философия. Филология». 2006. № 1 (4). С. 113-125.

24. Лимонов Э. Пособник врага. [Электронный ресурс] URL: [http:// limonov-eduard.livejournal.com/740944.html](http://limonov-eduard.livejournal.com/740944.html) (дата обращения: 4.02.2023).

25. Лукина Е. «Петр Павленский – «искусство» без дна и крыши»// Политическая Россия. [Электронный ресурс] URL: <http://politrussia.com/society/petr-pavlenskiy-605/> (дата обращения: 4.02.2023).

26. Медведева Л. М. Homo medicus как возможный результат медиализации // Историческая и социально-образовательная мысль. 2012. № 1 (11). С. 210-214.

27. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства. СПб., 1994. 304 с.

28. Менделевич В. Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. №6. С. 166-168.

29. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика. М.: МЕД-пресс-информ, 2004. 528 с.

30. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. 2010. № 3. С.21-27.

31. Менделевич В. Д. Психопатология как результат творчества // Практическая медицина. 2015. № 5 (90). С. 39-41.

32. Менделевич В. Д. Проблема диагностики психических и поведенческих расстройств в эпоху постмодернизма // Экспериментальная психология. 2015. № 3. С. 82-90

33. Михантьева М. Сдать свою позицию – это гораздо хуже. [Электронный ресурс] URL: <http://www.furfur.me/furfur/heros/heroes-furfur/214021-P> (дата обращения: 4.02.2023).

34. Михель Д. В. Медиализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. № 4 (60). Выпуск 2. С. 256-263.

35. Нестеренко В. Кто такой Петр Павленский, и почему его имя нужно знать каждому// Генплан. 2015. [Электронный ресурс] URL:

<http://genplanua.com/item/show/700> (дата обращения: 4.02.2023).

36. Огонь, иди со мной. [Электронный ресурс] URL: <https://www.youtube.com/watch?v=91LnwWxJPso> (дата обращения: 4.02.2023).

37. Павленский болен уродством души. [Электронный ресурс] URL: http://ruskline.ru/news_rl/2014/10/23/pavlenskij_bolen_urodstvom_dushi/ (дата обращения: 4.02.2023).

38. Петр Павленский о русском акционизме. М.: Ангедония, 2016. [Электронный ресурс] URL: <http://www.theartnewspaper.ru/posts/2549/> (дата обращения: 4.02.2023).

39. Попкова М. Д., Короленко Т.А. Акционизм в современном художественном пространстве // В сб. трудов конференции «XXI век – век дизайна». Екатеринбург, 2014. С. 126-132.

40. Преображенский Г. В чем художественная ценность акций Петра Павленского? [Электронный ресурс] URL: <http://thequestion.ru/questions/52119/v-chyom-hudozhestvennaya-cennost-akcij-petra-pavlenskogo> (дата обращения: 4.02.2023).

41. Руднев В. Философия языка и семиотика безумия: Избранные работы. М.: Территория будущего, 2007. 528 с.

42. Савенко Ю. С. Психиатризация массового сознания // Независимый психиатрический журнал. 1996. № 2. С. 55-70.

43. Самохвалов В. ГД Кузнецов В. Е. Психиатрия и искусство. М.: Видар, 2015. 376 с.

44. Свиблова О. Что пропагандирует современное искусство: «культ порока» или свободу мысли? // Эхо Москвы. [Электронный ресурс] URL: <http://echo.msk.ru/programs/kulshok/1488158-echo/> (дата обращения: 4.02.2023).

45. Сергеева М. А. Арт-акционизм в России и Украине: социальная и политическая проблематика в художественном пространстве // Творчество как национальная стихия: опыт России и Украины. Сборник статей, под ред. Г.Е. Аляева, О.Д. Маслобоевой. Санкт-Петербург, 2015. С. 194-202.

46. Сироткина И. Е. Патография как жанр: критическое исследование // Медицинская психология в России: электрон, науч, жури. 2011. № 2. [Электронный ресурс] URL: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomerl0.php (дата обращения: 4.02.2023).

47. *Скиперских А. В.* Тело как поверхность политического письма: опыты протестного дискурса в современной России // Дискурс-Пи. 2015. № 1 (18). С. 31-36.

48. Современное искусство как инструмент влияния на политику Российской Федерации. Аналитический доклад РИСИ. [Электронный ресурс] URL: <http://riss.ru/analytics/22761/> (дата обращения: 4.02.2023).

49. *Стадников М. Г., Щеглов А. А.* Проблема исследования социально-психологических особенностей лиц, совершивших тяжкие и особо тяжкие насильственные преступления по идеологическим мотивам // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. № 1. [Электронный ресурс] URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/l/Shheglov.phtml> (дата обращения: 4.02.2023).

50. *Столяров Д.* Правда ли, что художник Павленский – гений? [Электронный ресурс] URL: <http://thequestion.ru/questions/52047/pravda-li-chto-hudozhnik-pavlenskij-genij> (дата обращения: 4.02.2023).

51. *Сухоруков В.* Милонов: Психиатры, которые отказываются признавать Павленского невменяемым, наверное, сами уже заразились. [Электронный ресурс] URL: <https://nevnov.ru/28731-milonov-psixiatryi-kotoryie-otkazyivayutsya-priznavat-pavlenskogo-nevmenyaemyim-navernoe-sami-uzhe-zara> (дата обращения: 4.02.2023).

52. Художник Павленский: психопат-поджигатель или герой нашего времени? [Электронный ресурс] URL: <http://nsn.fm/society/khudozhnik-pavlenskij-psikhopat-podzhigatel-ili-geroy-nashego-vremeni.php> (дата обращения: 4.02.2023).

53. *Циркин С. Ю.* Ревизия психопатологических категорий // Независимый психиатрический журнал. 2008. № 2. С. 9-14.

54. *Bracken P, Thomas Ph.* Postpsychiatry: a new direction for mental health // The British Medical Journal. 2001. № 322. P. 724-727.

55. *Conrad P.* Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness / P. Conrad, J.W. Schneider. Philadelphia: Temple University Press, 1992. P. 263-265.

56. *Moynihan R., Smith R.* Too Much Medicine? // British Medical Journal. 2002. № 324. P. 859-860.

57. *Petho B.* Recent crisis of psychiatry in the context of modern and postmodern science // Psychiatr Hung. – 2008. № 3 (6). P. 396-419.

58. *Whitley R.* Postmodernity and mental health // Harv Rev Psychiatry. 2008. N16(6). P. 352-364.

Альтруистический бред

Клиническое наблюдение, приведенное далее, привлекло наше внимание по двум причинам. С одной стороны, по внешним проявлениям случай психического расстройства больной Галии М. можно считать конгруэнтным обыденным переживаниям и представлениям о «неумирающей душе» и «жизни после смерти» психически здоровых лиц, у которых погибают близкие люди. С другой стороны, клиническое наблюдение представляет собой уникальный, малоизученный и практически не описанный психопатологический феномен – паранойяльный синдром с альтруистической направленностью бредовых переживаний. В настоящее время под «альтруистическим бредом» подразумевается либо бред мессианства, включающий в себя идеи избранности, особого предназначения [1, 3], либо альтруистические идеи, формируемые на фоне бреда самообвинения [5]. Традиционно в понятие «патологический альтруизм» включается вытекающая из бредовых переживаний забота психически больного об окружающих, готовность оказать им как страждущим свою помощь [1]. Рассматриваемый случай носит принципиально иной характер и выходит за рамки традиционных интерпретаций альтруистического бреда.

Больная *Галия*, 59 лет, пенсионерка. Обратилась в городской психоневрологический диспансер по собственной инициативе, чтобы «получить возможность встретиться с мужем», который умер за девять месяцев до обращения пациентки к психиатрам. Свое желание увидеться с мужем в психиатрической лечебнице и уверенность в том, что он жив, она обосновывала тем фактом, что «муж страдал душевным заболеванием, был инвалидом II группы и неоднократно лечился в данной больнице». При поступлении в отделение жалоб на состояние здоровья Галия не высказывала.

Из анамнеза. Родилась в г. Казани в семье рабочих первым по счету ребенком из четырех детей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве развитие без особенностей. Окончила восемь классов общеобразовательной школы, училась посредственно. После школы окончила кооперативный техникум по специальности «бухгалтер». Работала в Башкирии, затем вернулась в Казань. Стала трудиться кассиром, сочетая работу с учебой на вечернем отделении экономического факультета одного из

институтов. В возрасте 22 лет вышла замуж и уехала в Приморский край по месту жительства и службы мужа. Продолжала в течение четырех лет учебу в институте, перейдя на заочное отделение. Сыновей родила в возрасте 33 и 36 лет. Вернувшись в Казань и закончив обучение в институте, в течение пяти лет работала бухгалтером. После этого трудилась в нескольких местах инженером. В связи с тяжелым материальным положением подрабатывала дворником. Вышла на пенсию по возрасту. Когда пациентке было 58 лет, от сердечной недостаточности умер ее первый муж.

Перенесенные заболевания: корь, грипп, простудные заболевания. На момент обследования утверждала, что «практически не болеет», связывая это с активными занятиями оздоровлением по системе Порфирия Иванова. Менструации с 15 лет, климакс с 50 лет (наблюдались тяжелые «приливы» с обильным потоотделением, сопровождавшиеся раздражительностью). Проживает в коммунальной квартире в соседней комнате с сыном.

Анамнез болезни (со слов пациентки). Состояние, которое Галия не считает болезненным, а относит скорее к «удивительным и непонятным явлениям», возникло почти через год после смерти второго мужа от самоубийства через повешение. Все годы совместного проживания Галия заботливо ухаживала за ним, помогала во всем, готовила еду, убиралась в его комнате («это была настоящая любовь, я и сейчас продолжаю его любить»). К болезненным высказываниям сожителя, его страхам относилась спокойно, с пониманием того, что он душевнобольной человек. Посещала его в психиатрической больнице, постоянно участвовала в его судьбе. Была убеждена, что он «был жизнерадостным», никогда не высказывал мыслей о самоубийстве, «осторожно переходил улицу» и призывал к этому окружающих, «вел себя как человек, который хочет жить». Знала, что у него ранее была подруга, которая приходила к ним в дом уже после того, как они «разошлись». Незадолго до самоубийства на этой почве произошла ссора, во время которой Эдик (муж) грубо обошелся с прежней подругой, вытолкнув ее из своей квартиры. После этого случая прежняя подруга говорила Галии о том, что за грубое поведение по отношению к ней Эдика она собирается заявить на него в полицию. Впоследствии со слов сестры Галия узнала, что Эдик был в последние дни перед самоубийством обеспокоен этим фактом, однако сама она ничего не замечала.

Самоубийство мужа оказалось для Галии неожиданным. События развивались следующим образом. После совместной прогулки в предобеденное время Галия легла спать, а Эдик остался один в своей комнате и решил растопить печь. Когда через четыре часа она проснулась, то обнаружила, что дверь комнаты мужа закрыта изнутри на ключ. На стук из-за двери никто не откликнулся, при этом Галия слышала шум горячей печи. Возникла мысль о том, что может случиться пожар, и подумала, не следует ли вызвать пожарных. Была взволнованна. Позвав соседей, вместе с ними взломала дверь и увидела, что Эдик сидел на стуле, шарфом за шею подвешенный к крюку на потолке. «Близко к нему не подходила, поскольку ноги подкосились». Долго не могла прийти в себя, ушла к себе в комнату, пока соседи вызывали скорую помощь. Врачи констатировали смерть и отвезли труп в морг.

Впоследствии нередко возвращалась в мыслях к словам, сказанным соседом («не может быть, не может быть...»), истолковывая их как подтверждение собственных размышлений об отсутствии причин для самоубийства. Самостоятельно в тот же день отправила сестре мужа телеграмму о его смерти. Два дня после этого события «очень горевала, настроение было плохим, но не могла плакать». Через два дня вместе с родственниками и сестрой умершего поехала в морг за телом погибшего. В помещение морга было позволено войти только сестре, которая вышла оттуда без вещей брата, сославшись на то, что не взяла их из-за изношенности. В соответствии с традицией, покойник был завернут в саван, и окружающие не увидели лица умершего. Во время похорон Галия чувствовала себя плохо, настроение было подавленным.

Через некоторое время после смерти мужа и похорон у Галии «появилось ощущение», что он не умер, а остался жив. Объяснила это тем, что после вскрытия трупа в морге родственникам не отдали его одежду, а когда его хоронили, то «лицо все время в соответствии с мусульманским обычаем было закрыто». Говорила об этом родственникам и знакомым, которые соглашались с ней, имея в виду, что «душа, конечно же, осталась живой». Однажды по просьбе сестры умершего отнесла в мечеть религиозные книги, которые оставались в комнате умершего. В мечети почувствовала некоторое облегчение, появилось спокойствие, которого не чувствовала все дни после смерти близкого. Решила записаться на курсы по изучению арабского языка («для того чтобы читать священные книги»). Проходила на курсы недолго, что

было обусловлено снижением интереса и слабым знанием ею татарского языка. После смерти сожителя стала увлекаться гаданиями, постоянно читала астрологические прогнозы, интересовалась гороскопами. Узнала, что она с Эдиком по гороскопу Водолеи и в соответствии с предсказаниями им «не следует упустить свой шанс».

Спустя четыре месяца после похорон, в течение которых была убеждена, что Эдик жив, случайно «встретила его на улице»: «Он прошел мимо в сопровождении двух женщин, не заметив». Дело происходило вечером, но, по словам больной, при ярком освещении. Вначале была удивлена случившимся, но, «взяв себя в руки», решила проследить, куда он направляется. Шла за ним по улице, оставаясь незамеченной, и увидела, что он зашел в один из неизвестных Галии домов. Подождав некоторое время его возвращения, ушла домой. Отметила, что хотела зайти в дом и встретиться с мужем, однако «люди, проживавшие в этом доме, не подпустили к нему», а один из них назвал ее аферисткой. Постаралась запомнить номер дома, в котором скрылся муж. Поведение мужа и происшедшее с ней никак не объясняла, радуясь тому, что подтвердились ее догадки о том, что он жив.

Через два дня вновь «увидела» Эдика. На этот раз встретила его около библиотеки в тот момент, когда он туда заходил. Попыталась зайти вслед за мужем, однако на своем пути встретила сослуживца Николая (дворника, работавшего в районе библиотеки), который отвлек ее («забрал мысли»), что и «не позволило войти в библиотеку». Через 2-3 дня, слушая по радио песни, Галия поняла, что в песнях говорится о ней и о муже. Объяснила это тем, что в тексте песни говорилось о том, что если бы он услышал сплетни, то не поверил бы, но увидел все собственными глазами.

Еще несколько раз «слышала песни» про себя и про мужа по радио и телевидению. Однажды на рынке «нашла рубашку Эдика, которую в свое время штопала», а как-то раз услышала оклик по имени. Была убеждена, что ее окликал муж. Как-то раз услышала по радио программу, которую вел психолог. Посчитала, что его выступление касалось ее и Эдика. Решила, что «стоит съездить в Москву к психологу, который выступал по радио», и узнать от него («может быть, ему сообщают»), почему они с мужем не могут встретиться.

В течение года до обращения к психиатрам Галия «встречала Эдика на улице» около десяти раз, но постоянно какие-то «объективные ситуации» или препятствия не давали ей возможности с ним встретиться («сколько раз мы с ним виделись, но поговорить так и не удавалось, оставалось только надеяться

на новую встречу»). Предполагает, что Эдик не подходил к ней потому, что «мог обидеться за то, что однажды отвернулась от него и спряталась за дерево», когда он направлялся к ней.

Анамнез (со слов сестры и сына). Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Галия по характеру с детства сдержанная, спокойная («Никогда не видела, чтобы она плакала», – сказала о ней сестра). В течение всей жизни практически не имела подруг, с которыми делилась бы тайнами и переживаниями. За последнее время Галия стала плаксивой, у нее снизилось настроение. Больная проживает с разведенным сыном в коммунальной квартире. Отношения в семье хорошие, и даже с бывшей невесткой отношения ровные. Периодически та приводит к Галии внуку. Увлекается чтением, склонна покупать книги различной тематики и иметь их дома. Несмотря на это, со слов сестры, назвать Галию начитанной нельзя. За год до обращения к психиатрам стала увлекаться религией. Впервые пошла в мечеть, стала заниматься на курсах арабского языка. Учеба давалась с трудом, так как Галия плохо знала татарский язык. Через три месяца после смерти мужа стала высказывать родственникам мысль о том, что он жив. Считала, что он проживает по другому адресу, доказывая это тем, что несколько раз «видела его на улице». На вопросы родственников, почему она ни разу не могла догнать его на улице, хотя он проходил рядом с ней, отвечала по-разному: «Голова не сообразила», «Да, я стояла за деревом, он меня не видел». Аргументы сестры о том, что Эдик мертв, парировала доводами о том, что «он жив, поскольку не видела его лица во время похорон, ведь хоронили его не из дома, а из морга». Считает, что ему надо помочь, так как «состояние его тяжелое, телохранители держат его взаперти». Сын считает мать «нереальной». Отмечает, что она никогда не понимала шуток, не имела чувства юмора, а анекдоты считала глупостью. После смерти мужа увлеклась религией, иногда читала намаз, «ее занимала черная и белая магия», стала верить в «чудеса и превращения», стала постоянно заниматься гаданием на картах, увлеченно читать гороскопы. Отмечает, что в последнее время «сильно сдала физически».

Психический статус. Нахождением в дневном стационаре психиатрической больницы стала тяготиться через месяц после поступления, когда «стало ясно», что врачи помочь ей с поиском мужа не смогут. Вместе с тем аккуратно принимала назначенные лекарственные препараты и процедуры. Опрятна, следит за прической и одеждой. В общении активна, эмоциональна. При

разговоре о «любимом» нередко плачет, объясняя это тем, что не может понять, почему они не могут встретиться. В процессе беседы часто забывает слова, путает их, рассеянна.

При уточнении дат (например, даты выхода на пенсию) долго думает, подсчитывает в уме, объясняя вслух последовательность арифметических действий: «Я вышла на пенсию в 55 лет, какой же это был год? Нужно от 1936 отнять 55...» При этом смущенно улыбается. В месте, времени и собственной личности ориентируется правильно. Память на текущие события сохранена. Беседу о своем «любимом» ведет активно, однако считает излишним приводить какие-либо доказательства своей правоты. При этом редко обращается к врачу с вопросами о правильности своих размышлений, не требует подтверждения своих слов. Убежденность в том, что муж жив, основывается в первую очередь на том, что она его «видела». Вопросы об этом вызывают у Галии удивление и недоумение. При обсуждении того, почему Эдик скрывается, не подходит к ней или кому и для чего нужно было, чтобы похоронили другого человека, больная зачастую уходит в частные рассуждения, не отвечая на поставленные вопросы. Нередко при этом делает удивленное лицо, бормоча, что сама не поймет, что происходит. Многие факты исключает из анализа (например, совершенно не обсуждает вопроса, кого могли похоронить вместо сожителя). Стройной системы, отражающей понимание сложившейся ситуации, обнаружить в высказываниях больной не удастся. Приведение врачом в качестве версий возможных причин происходящего ставит пациентку в тупик. Она не развивает ни одной идеи. Например, предположение врача о том, что, «может быть, кто-то специально сделал это», оставляет без комментария, каждый раз увлекаясь рассказом о том, где и когда в последний раз видела Эдика. Попытка определить ее понимание замысла «тех, кто может этим заниматься», натывается всякий раз на высказывания типа: «Сама не понимаю, почему нам мешают соединиться; ума не приложу, кому это надо». Вопрос же о том, «кто именно мешает соединиться с Эдиком», оставляет без ответа и развития. Иногда под определенным давлением собеседника неожиданно высказывает разнообразные, отрывочные идеи, из которых можно сделать предположение о том, что: 1) существует кто-то, кто специально передает по радио песни, сообщая Галии о том, что Эдик жив; 2) муж инсценировал собственную смерть и пр. Ни одну из идей не развивает. На прямые вопросы об этом не отвечает, либо отказываясь от высказанного предположения, либо переходя к другой

теме. Удастся, однако, выяснить, что все происходящее не носит для пациентки угрожающего характера, как, впрочем, и положительного («я рада, что хотя бы Эдик жив, он такой хороший человек, но, конечно же, хотелось бы хоть разок его увидеть, ведь как плохо без него его родственникам»). На вопрос о желаемом результате сообщает, что желала бы, чтобы они, «как прежде, были вместе» («ведь я его так люблю»). С утверждениями врача, что она может ошибаться, что рубашка, которую она нашла на рынке, могла быть не Эдика, не спорит, на время и вполне искренне соглашаясь с ним. Однако через какое-то время вновь приводит обсужденные факты в качестве примера-доказательства. При анализе и уточнении смысла, который Галия вкладывает в некоторые высказывания (например, «он отнял мои мысли»), часто ссылается на то, что так понимает, не видя в своих высказываниях несуразности или необычности. При этом легко соглашается с иной интерпретацией (например, «может быть, вы имели в виду, что проходивший человек не отнял ваши мысли, а вы просто запомнили о том, что собирались войти в библиотеку?»). В процессе беседы астенизируется, утомляется, нередко плачет, вспоминая о муже. Волнуясь, реагирует на входящих в кабинет, в котором ведется беседа («Я подумала, а вдруг Эдик сейчас войдет»). Несмотря на усталость, о своих переживаниях может говорить долго. Отрицает у себя головные боли, головокружения и иные соматические расстройства. Терапия с использованием антипсихотиков в течение месяца никаких изменений психического состояния не вызвала.

Патопсихологическое исследование. Понимание инструкций достаточное, темп работы средний. Проба Поппельрейтера: 2 из 3. Таблицы Шульте: 62", 82", 80", 65", 120". Запоминание 10 слов: 6-6-10-9-7. Пиктограмма: 4 из 16 слов, интенсивный нажим, умеренная органическая графика, символические образы, тенденции к стереотипии. Ассоциативный эксперимент: нормальная продолжительность латентного периода, 90% многословных эхологических ответов, поисковые и вопросительные реакции. Тест цветовых выборов Люшера: 1-5 2 1 4 6 0 3 7; 2-5 23 1 460 7. СМОЛ: 86. *Заключение:* выраженная неустойчивость внимания, сохранность механической памяти, низкоэффективное, символическое, стереотипное мышление с признаками нарушения целенаправленности и логической последовательности, эмоциональная неадекватность, малая предсказуемость поведения, параноидные тенденции, вероятность наличия в прошлом достаточной

работоспособности, тревожность.

Нейропсихологическое исследование. По данным опроса и объективных проб у больной установлена праворукость. Больная понимает задаваемые ей вопросы, поддерживает диалог. Речь грамматически правильно сформирована, интонационно окрашена, среднего темпа, плавная. Нечетко выполняет пробы на понимание логико-грамматических структур. Пробы на письмо, чтение, счет, различные виды праксиса, звуковое восприятие, схему тела, ориентировку в символическом пространстве, стереогноз и зрительный гнозис выполнила адекватно. Выявлено: элементы семантической афазии, оптико-пространственная агнозия в виде нечеткой топографической ориентировки в реальном пространстве.

Неврологическое исследование. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется. Двусторонняя функциональная гиперрефлексия без патологических знаков. *Электроэнцефалографическое исследование:* ЭЭГ в пределах нормальных вариаций. *Эхоэнцефалографическое исследование:* патологии не выявляется. *Компьютерная томография головного мозга:* без патологии.

Обсуждение

Уникальность приведенного клинического случая заключается в том, что параноидный синдром паранойяльной структуры имеет у больной Галии альтруистическую направленность, но не сопровождается идеями мессианства и какими-либо выраженными аффективными расстройствами. Больная убеждена в правоте собственной позиции, что умерший человек жив, а ее деятельность направлена лишь на то, чтобы доказать данный «факт». В высказываниях больной не отмечается ее прямая личная заинтересованность, а наблюдается альтруистическая направленность деятельности – стремление, чтобы умерший продолжал жить «ради себя и близких».

В психиатрической литературе имеется указание на факт, что бред, какой бы он ни был по фабуле, облигатно базируется на эгоцентрической основе. То есть в структуре бреда всегда видна затронутое™ личности, обязательно звучит «самость», непременно включаются, ущемляются или превозносятся личные интересы. В случае бреда ревности – «мне изменяют», при бреде преследования – «меня преследуют», при бреде величия – «я великий», при

бреду самообвинения – «меня следует винить», при бреде мессионерства – «я укажу вам путь, научу и спасу» и т.д. Именно вследствие этого возникает эмоциональная вовлеченность, страсти: гнев, паника, ужас, восторг или благодушие. Никогда ни при какой форме бреда не бывает так, чтобы личность оказывалась интактной, когда человек выступает лишь в роли беспристрастного интерпретатора внешних фактов. Карл Леонгард выразил эту мысль так: «Параноики не борются за альтруистические цели никогда» [2].

Анализ клинического случая с пациенткой Галией позволяет предположить, что у нее из известных форм бреда отмечался лишь эпизод бреда особого значения. Основное место в клинической картине занимали идеи о том, что ее муж жив, не умирал. Больная не поддавалась разубеждению, все реальные факты отвергала. Ее активность была направлена на «восстановление справедливости». Бред особого значения был кратковременным эпизодом и не определял сути ее ложных убеждений. Помимо этого, нет оснований признавать, что у больной Галии наблюдались идеи самообвинения клинического (паранойяльного) уровня, которые могли бы сформировать альтруистическую направленность деятельности. Помимо этого, можно было бы предположить, что пациентка перенесла острый психоз и обнаруженные у нее при обследовании стойкие бредовые идеи носят резидуальный характер. Однако в анализируемом случае эпизод бреда особого значения не предшествовал идеям о том, что ее муж жив, а следовал по времени после становления паранойи.

Таким образом, приведенный случай представляется редким вариантом параноидного (паранойяльного) синдрома, который можно обозначить как «индуцированный альтруистический бред». Изучение психогенеза и нозологической характеристики описанного синдрома достойно специального исследования, однако его клиническая регистрация еще раз обращает нас к проблеме дифференциации бреда и мировоззренческих убеждений. В сегодняшней российской реальности насаждение иррациональных верований, транслирование через СМИ антинаучных идей существенно увеличило число лиц, склонных к мистическому осмыслению действительности. Многие убеждения обывателей внешне сходны с бредовыми. Несомненно, паранойя (как хроническое бредовое расстройство) не вытекает напрямую из личностных установок человека. Однако они становятся благоприятной почвой для формирования фабулы психического расстройства. Можно также предложить, что в настоящее время понятие

«индуцированный бред» должно быть расширено. Возможно, в него, помимо бреда, возникающего вследствие тесного общения с психически больным [7] при «заражении бредом», следует включить индуцирование, связанное с воздействием информации мистического характера, исходящей из референтной группы людей. Не исключено, что в таком случае индуктором становится для многих самый близкий и авторитетный для них – телевизионный персонаж (ведущий), политик или проповедник. В отличие от констатации наличия индуцированного варианта альтруизма у здоровых лиц [4], приводящего в ряде случаев к деструктивной деятельности [6], в рамках психопатологии подобный вариант до настоящего времени не был описан. Приведенный клинический случай может послужить толчком к изучению нового феномена.

Литература

1. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Киев: МОДЭК, 1995. 640 с.
2. Леонград К. Акцентуированные личности. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 142 с.
3. Рыбальский М. И. Бред. М.: Медицина, 1993. 368 с.
4. Batson C. D. Empathy-Induced Altruistic Motivation. Chapter for Inaugural Herzliya Symposium on «Prosocial Motives, Emotions, and Behavior,» March 24-27, 2008: 2-35. [Электронный ресурс] URL: <http://portal.idc.ac.il/en/Symposium/HerzliyaSymposium/Documents/dcBatson.pdf> (дата обращения: 4.02.2023).
5. Fujiwara T. Is Altruistic Behavior Associated with Major Depression Onset? PLoS ONE 2009; 4 (2): 4557.
6. Qirko H. N. Induced Altruism in Religious, Military, and Terrorist Organizations // Cross-Cultural Research 1069397112471804, first published on January 11, 2013.
7. Wehmeier P., Barth N., Remschmidt H. Induced delusional disorder. A review of the concept and an unusual case of folie a famille. Psychopathology. 2003; 36 (1): 37-45.

Пианист Сердюк

В последние годы немалое число людей стало придерживаться иррациональных убеждений и открыто выражать нетипичное для большинства конспирологическое мировоззрение. Подобные идеи в некоторых случаях приводили к формированию фанатизма и агрессивного поведения. В связи с этим перед психиатрами остро встал вопрос о разграничении бреда как психопатологического синдрома и мировоззренческих установок как проявлений нормы. Среди наиболее часто встречаемых оказались идеи «антиваксерства», ковид-диссидентства, «чипирования». В ряду сходных оказались и идеи, связанные с расизмом, гомофобией и антисемитизмом.

Ниже приведен клинический случай Тамары О., привлеченной к уголовной ответственности за публичные призывы к осуществлению экстремистской деятельности (ст. 280 УК РФ) в связи с антисемитскими высказываниями в интернете. Судебно-психиатрическая экспертиза расценила данную деятельность как вытекающую из психопатологии.

Тамара О., 64 года. Из медицинской документации и с ее слов известно, что наследственность психопатологически не отягощена. С детского возраста росла и развивалась нормально. Окончила 10 классов средней школы, затем работала токарем на заводе, матросом на рыболовном флоте, маляром и мастером на стройке. Заочно окончила строительный техникум. В возрасте 25 лет вышла замуж, через три года родила дочь и вскоре развелась с мужем. В настоящее время на пенсии, но работает дворником. Соматически здорова и не получает никакой терапии. Сведений об обращении в психиатрические и наркологические учреждения не имеется. Соседи характеризуют ее как уравновешенную и спокойную женщину.

Тамара называет себя сторонницей Единой общероссийской организации «Граждане СССР».^[17] Она присоединилась к этому движению с целью борьбы за социальную справедливость. Основным видом деятельности была и остается борьба с сионизмом, и в частности с «раскинувшейся по всей России сетью еврейских школ «Ор Авнер»,^[18] которые пропагандируют превосходство евреев перед другими нациями». По данным журналистских исследований, число виртуальных участников групп «Граждан СССР» в социальных сетях насчитывало десятки тысяч, а на митинги и народные сходы в крупных городах России выходило около двух-трех десятков человек.

В ноябре 2019 г. на Тамару О. был составлен административный протокол по ст. 20.2 ч. 5 (Нарушение участником публичного мероприятия установленного порядка проведения собрания, митинга, демонстрации, шествия или пикетирования). В том же месяце в отношении нее было возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренным ч. 2 ст. 280 УК РФ. Ей вменялось в вину то, что она на своем ютуб-канале записала видеоролик, в котором (по мнению следствия) содержались высказывания, негативно оценивавшие группу лиц, объединенных по признакам расы, национальности, языка, происхождения (евреи), и содержались призывы к враждебным действиям в отношении данной группы лиц. В связи с тем, что поведение и высказывания Тамары рассматривались следствием как неадекватные, ей была назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, в процессе которой экспертные вопросы не были решены «в связи с неоднозначностью оценок ее психического состояния». Для уточнения степени выраженности психических расстройств Тамаре назначена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Анализ жизни и общественной деятельности Тамары О. показал, что на протяжении ряда лет основной его особенностью было стремление к поиску социальной справедливости и участие в общественном движении «Граждане СССР». Она полностью разделяла взгляды и мировоззренческие установки участников движения, которые убеждены, что причиной социальной несправедливости в стране и в городе является «мировой капитализм, финансовый капитал, и высшая стадия капитализма – иудаизм, который... пропагандируют сионисты». В связи с этим движение «Граждане СССР» активно боролось с религиозной еврейской общиной. Обращает на себя внимание тот факт, что идеология вражды по отношению к иудаистской общине была и остается характерной не только для Тамары О., но и для всего движения «Граждане СССР». Мировоззрение и убеждения Тамары не являлись уникальными и не отличались от мировоззрения и убеждений ее референтной группы.

В экспертном заключении судебных психиатров, сделанном на основании стационарного обследования подэкспертной, данное поведение однозначно трактовалось как бредовое, и Тамаре О. был выставлен диагноз «органическое бредовое расстройство» в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. Однако экспертами не приведены аргументы, на основании каких клинических критериев убеждения подэкспертной, которые разделяют

участники общественного движения «Граждане СССР», признаны бредовыми. В соответствии с общепризнанной дефиницией психического расстройства в форме бреда бредовыми идеями признаются «ложные суждения и умозаключения, которые отличаются непоколебимой твердостью, не разделяются другими людьми, принадлежащими к той же культурной или социальной группе и обладающими таким же уровнем интеллекта, и стойко удерживаются, несмотря на все доказательства противоположного».^[19]

Экспертами-психиатрами в процессе проведения исследования не было проведено дифференциальной диагностики между бредовыми идеями как признаком психического расстройства и мировоззрением, присущим психически здоровым людям. Экспертами был проигнорирован тот факт, что мнение Тамары О., негативно оценивающее группу лиц, объединенных по признакам расы, национальности, языка, происхождения (евреи), разделяют достаточно большое число ее соратников. В соответствии с критериями диагностики бреда обязательным для постановки диагноза психического расстройства является указание на конкретную форму бредового расстройства. Традиционно выделяются следующие: бред преследования, воздействия, ревности, ипохондрический, отношения, высокого происхождения, величия и некоторые другие. В тексте заключения экспертов-психиатров не было указано, какая именно форма бредового расстройства ими выявлена у Тамары О. Ни одна из известных форм бреда к описанию случая Тамары не подходит. Кроме того, бред всегда должен носить для пациента личностный смысл: «его преследуют», «на него воздействуют», «ему изменяют», «он великий» и т.д. В описании подэкспертной не выявлен и не описан личностный смысл ее идей о том, что «сионисты... должны нас поработить», не указано, какое отношение деятельность религиозной организации имеет к ней лично, как именно это затрагивает ее интересы, ее жизнь и существование, в чем конкретно заключается возможность «порабощения» именно Тамары О.

Следует признать, что в описанном экспертами психическом статусе подэкспертной не приведено ни одного доказательства того, что у Тамары обнаруживаются бредовые идеи, а не убеждения. Кроме того, любое психическое расстройство должно иметь начало, а психическое поведенческое состояние и поведение пациента должны кардинально отличаться от того, что было в преморбиде (до болезни). Из анамнеза известно, что взгляды Тамары на роль религиозной и национальной группы

(евреев) в социальной несправедливости существовали на протяжении длительного времени и не претерпели никаких изменений за последние годы. Экспертами в заключении не описано, как и когда сосудистое заболевание головного мозга вызвало у Тамары О. появление органического психического расстройства в форме бредовых идей.

Известно, что в соответствии с рекомендациями, изложенными в МКБ-10, диагноз «органическое бредовое расстройство» не следует устанавливать в случаях, если органическая причина имеет неспецифический характер или подтверждается ограниченными данными. В экспертном заключении отсутствуют доказательства того, что сосудистое заболевание головного мозга, на которое ссылаются психиатры, имело у Тамары связь с психопатологией. Диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия II стадии», выставленный неврологом, участвовавшим в обследовании пациентки, требовал расшифровки и обоснования.

Известно, что лица, склонные к ксенофобии, выделяются следующими индивидуально-психологическими особенностями: повышенной личностной тревожностью, повышенным уровнем агрессивности, враждебности, ригидности, физической и косвенной агрессии, высокими показателями маскулинности, преобладанием таких психологических защит, как отрицание, проекция, высоким поиском новизны, преобладанием неадаптивных копинг-стратегий. Однако эти индивидуально-психологические особенности полностью не объясняют возникновение ксенофобии и склонность к ней [1]. В связи с этим в научной литературе неоднократно поднимался вопрос о возможности рассмотрения расизма, антисемитизма и других форм ксенофобии в кругу психопатологических состояний.

В известной книге Sander L. Gilman и James M. Thomas «Являются ли расисты сумасшедшими? Как предубеждение, расизм и антисемитизм стали признаками безумия» [2] обращено внимание на то, что антисемитизм в разные исторические периоды рассматривался по-разному. Примерно с 1890 по 1940 г. в социальных науках произошли два поворота. Одно изменение касалось того, как понимается раса: от биологической категории к категории социально сконструированной. Сначала раса определялась биологически, в частности евреи считались отдельной расой, а не просто религиозной или этнической группой. В глазах антисемитов еврейская раса была неполноценна, обладала негативными с точки зрения психического здоровья характеристиками. Чуть позже биологическое определение расы было

пересмотрено, и в социальных науках возникло представление о том, что антисемиты – это душевнобольные люди. Их считали параноиками, иррационально ненавистными, самовлюбленными, жестокими и страдающими «юдофобией». При этом обнаружился переход от понимания угнетенного как больного к угнетателю как больному.

S. L. Gilman и J. M. Thomas подробно обсуждают попытки некоторых ученых добиться того, чтобы Американская психиатрическая ассоциация признала крайнюю степень фанатизма психическим расстройством, предоставив ему место в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM). Они отмечают, что психиатры по-прежнему отказываются включать в классификации фанатизм как отдельную категорию (например, в группу расстройств личности) или как подраздел паранойи или обсессивных расстройств. Авторы критикуют данный подход и рассматривают его как свидетельство того, что социолого-политический взгляд на фанатизм (как социальный эффект) рискует быть замененным психопатологическим взглядом. И все же авторы учитывают довольно распространенное мнение о том, что фанатизм в крайних его формах может рассматриваться как психопатология.

Таким образом, на основании того, что Тамара О. высказывала идеи антисемитизма и действовала, исходя из собственных экстремистских принципов, не может быть сделан вывод о психопатологической базе ее мировоззрения, диагноз «бредовое расстройство» не может считаться обоснованным.

Литература

1. Маланцева О. Д. Психологические особенности формирования ксенофобских установок. Психология и право. 2011; 4. [Электронный ресурс] URL: www.psyandlaw.ru (дата обращения: 4.02.2023).
2. Gilman S. L., Thomas J. M. Are racists crazy? How prejudice, racism, and antisemitism became markers of insanity. New York University Press, 2016: 385.

За внешние признаки и внутренние принципы

История 40-летней *Юлии Савиновских* – многодетной матери из Екатеринбурга – стала предметом широкого обсуждения в конце лета – начале осени 2017 г. Громким делом заинтересовались депутаты Государственной думы РФ, общественные деятели, правозащитники. Дискуссия вылилась на страницы газет и экраны центрального телевидения. Данной теме были посвящены выпуски ток-шоу «Пусть говорят» на 1-м канале и многочисленные интервью. Поводом к столь широкому обсуждению послужил факт изъятия органами опеки г. Екатеринбурга двух приемных малолетних детей из семьи Юлии Савиновских, воспитывавшихся ею в течение нескольких лет. Дети были изъятые из семьи на основании Приказа Управления социальной политики Министерства социальной политики г. Екатеринбурга. Свои действия чиновники мотивировали тем, что им стало известно о проведении Юлией Савиновских хирургической (пластической) операции по удалению молочных желез с целью дальнейшего возможного изменения паспортного пола в связи с транссексуализмом. Чиновники ссылались на то, что выявленный у Ю. Савиновских транссексуализм входит в перечень психических заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство) на основании Постановления Правительства РФ от 14.02.2013 № 117 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью».

Таким образом, юридические последствия для Юлии наступили исключительно в результате обнаружения у нее расстройства, которое формально относится к кругу психических и включено в международные классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10, DSM-5). Суд поддержал позицию Министерства социальной политики г. Екатеринбурга, несмотря на то, что в Постановлении Правительства РФ речь идет только о тех пациентах с психическими расстройствами и расстройствами поведения, на которых распространяется необходимость диспансерного наблюдения [11]. Транссексуализм, как и многие иные поведенческие расстройства, к данной группе не относится.

Трагический казус, произошедший с Юлией Савиновских, высветил актуальнейший для современной психиатрии аспект: фактическое юридическое приравнение поведенческих расстройств к психическим с распространением на них правовых ограничений. Об этом аспекте современной психиатрии мы уже писали ранее [7-10, 13]. Однако случай Ю. Савиновских диктует необходимость обратиться к теме вновь.

История жизни

Родилась в семье военного второй из трех детей. Росла и развивалась нормально. Когда ей было семь лет, родители развелись. После этого часто конфликтовала с матерью. По характеру была активной, любимицей воспитателей и учителей. В школе училась хорошо, была общительной, веселой, решительной, занималась дзюдо и другими видами спорта. После окончания средней школы поступила в педагогический институт, затем в педагогический колледж, получив по окончании обучения специальность «воспитатель детского сада». Затем окончила курсы в колледже безопасности и работала охранником, инструктором по служебному собаководству, оператором службы технической поддержки сетевого оператора, официанткой, парикмахером и в течение 10 лет крупье в казино. Занималась разведением элитных пород собак и кошек. В настоящее время не работает, воспитывает детей. Со слов сестры, Юлия «позитивная, доброжелательная, обязательная, очень порядочная... творческий человек», а по мнению первого мужа, «совестливая, с повышенным чувством справедливости».

Особенность Юлии заключалась в том, что с детства она считала себя не девочкой, а мальчиком. При этом в силу обстоятельств до определенного возраста не допускала возможности говорить об этом с окружающими. Поведение носило маскулинный характер, а женская анатомия и физиология приводили к выраженному дисстрессу и внутриличностному конфликту. В подростковом возрасте она впервые стала открыто обсуждать эти несоответствия с родственниками, понимая, что «простого решения ее проблемы нет». При этом формально выполняла все женские функции и роли. И первый, и второй муж знали о ее «особенности». В первом браке она родила дочь, во втором – еще двоих детей. Решение о необходимости смены пола созревало постепенно. Когда в 2017 г. она сообщила об этом родственникам и друзьям, те поддержали ее решение.

Летом 2017 г. Юлия разместила в социальных сетях следующий текст, отражавший ее мироощущение: «Я – *Beira*. Я родился девочкой в семье военного летчика и секретаря промторга, имевших уже в это время семилетнюю дочь (мою сестру). С самого раннего детства я считал себя принадлежащим к мужскому полу. В детстве этот выбор был бессознательным, интуитивным. В возрасте двух-трех лет я выбирал для игр компании мальчиков, а не девочек. Когда родился мой младший брат и спустя какое-то время пока он немного вырос, я понял, что я такой, как он, а не как моя старшая сестра. Для меня она была существом, принадлежащим к другому биологическому виду, в то время как с братом, в моем понимании, мы были одинаковы. Правда, в то время я считал, что у всех мальчиков половые органы похожи на мои, а у моего брата что-то с ними не в порядке. Примерно в пять лет была предпринята попытка объяснить моим родителям, что я не девочка, а мальчик, что я хочу иметь стрижку и носить одежду, как у моего брата. Отец на это посмеялся, мать в грубой форме объяснила, что это дурь, что так не бывает и быть не может... Больше я к родителям с этим вопросом не подходил.

В школе я практически сразу попал в компанию пацанов, не знаю, как это описать – «доминантных», «популярных» (?). Активные, безбашенные, дети с низкой планкой моральных принципов. Они воспринимали меня как равного партнера по играм, различным мероприятиям, в том числе при травле более слабых духом и застенчивых детей... На протяжении всех лет учебы я считал свою принадлежность к мужскому полу как нечто абсолютно естественное, хотя и понимал, что внешне отличаюсь. Природа этого явления была мне непонятна. Думать о том, почему это происходит, мне было неприятно, ответы получить было не от кого. В младшей школе отношения с противоположным полом (девочками) считались в среде «альфа-самцов» занятием неподобающим. Девочки были существами из противоположного лагеря – «плаксы, ябеды, позерши». Мы не понимали их образа мыслей, их интересы и занятия были смешны и бестолковы.

Примерно в 12 лет у меня возник интерес к однокласснице. Мне хотелось проводить с ней время, заботиться о ней, защищать. Этот мой интерес помог ей избежать «приставаний» молодых людей в виде ощупывания интимных мест... С девушкой, которая мне нравилась, у нас завязалась дружба, я часто бывал у нее дома, мы вместе делали уроки, она нравилась мне своей утонченностью, была для меня принцессой. Один раз я даже пытался ее поцеловать, но получил отпор... Я привлекал ее своей безбашенностью,

смелостью, [ведь] я не боялся насекомых, мог помочь кошке родить. Наши отношения продолжались около двух лет, потом меня заменили очень женственной подругой, которая могла поддерживать разговор о косметике и нарядах. Меня игнорировали, я страдал.

В общем, я чувствовал себя мужчиной, вел обыкновенную жизнь обыкновенного парня-подростка, за исключением того, что горы прочитанных книг заставили меня понять, что доминирование и издевательства над слабыми никакого авторитета дать не могут, что нужно развиваться по пути гуманизма, помощи и поддержки тех, кто в этом нуждается. Я был сосредоточен на внешнем мире и на том, что моя жизнь и то, как и кем я себя чувствую, не соответствует тому, что я вижу в зеркале; я старался не думать, так как ответы получить было нигде, мысль об этом несоответствии угнетала, а негативных факторов в жизни было хоть отбавляй.

В 13 лет моя анатомия и физиология в виде растущей груди и начавшихся менструаций заставили меня задуматься об этих несоответствиях. За разъяснениями я обратился к старшей сестре, отношения с которой к этому времени наладились... Она сказала мне, что это нормально, что я выросла и стала женщиной. Ответ меня не устроил, я возражал, говорил, что я парень, что месячные отвратительны, лифчики ужасны, что я не могу в них свободно дышать, что, если я приду в школу в лифчике, меня мои же друзья засмеют. Не помню, что она мне на это ответила и ответила ли вообще. Помню ее лицо в тот момент: то ли улыбка, то ли презрение, то ли сочувствие, как будто смотрела на городского сумасшедшего.

Все происходившее впоследствии было еще ужаснее. Ненависть к растущей груди, желание сдохнуть где-нибудь в лесу во время каждой менструации. Мне казалось, что все на меня смотрят, все меня осуждают, относятся как к уроду. Слезы/сопли каждый день вечером в подушку, чтоб никто не слышал и не знал. Это происходило от чувства одиночества, непонимания происходящего, обиды, иногда отчаяния, отвращения к своему телу. Тогда в первый раз я самостоятельно без разрешения... криво и косо очень коротко отрезал волосы.

В 10-м классе от этих весьма болезненных переживаний меня избавила взаимная влюбленность. Я понял, что женское тело можно использовать, так как оно нравилось парню, который нравился мне. Мне было с ним хорошо. Мне хотелось с ним доверительных и чистых отношений. Я сказала ему, что чувствую себя парнем, хотя внешне выгляжу, как девушка – он воспринял это

нормально как некую мою странность (у него их тоже было немало: «потрогай своим языком мой глаз», например). И мы использовали это в нашей сексуальной жизни.

Следующим сексуальным партнером стал мой первый муж, с которым я тоже был откровенен. Еще до свадьбы он увлекался Фрейдом, что-то мне объяснял, говорил, что с точки зрения психологии такое явление бывает, но все же к подобным вещам относился без удовольствия. Секс был так себе, меня он не любил, тонко-организованную мою сущность признавать не хотел. Я уходил в себя, чувствовал себя противно и одиноко, временами очень хотелось дистанцироваться от этого человека. А временами к нему что-то влекло, может быть, его недоступность и холодность, может быть, развитый интеллект.

Я нашел еще один способ использования женского тела и родил ребенка. Дочь. Даже во время беременности я понимал, что я парень. Было абсолютно жутко видеть себя [в этот период]. Но в то же время осознание зарождения жизни, шевеление ребенка внутри делали меня счастливым. И сны... Потрясающие сны снились мне во время этой и следующих беременностей. Сны, которые не хотелось покидать при пробуждении. Там, где я – это я. Очень детальные, очень реалистичные. Снилось, что я полноценный мужчина, молодой, здоровый, неплохо сложенный. Сны могли быть и про какую-нибудь простую бытовую вещь, например про дорогу, машину, я за рулем, смотрю в зеркало, в зеркале – Я. Парень с короткой стрижкой... Минимальные незначительные отличия в строении лица, те же руки... Иногда (часто во время беременности) это были эротические сны: я мужчина, и я с женщиной. Было противно просыпаться...

Сегодня очень согревает и настраивает на позитив мысль о том, что я сам выносил и родил этих детей. Это незабываемый, очень волнующий опыт. Было бы здорово, если мужчины могли бы это чувствовать тоже. Может быть, в будущем. Может быть, нейросеть какая-то, в 100% объеме передающая все ощущения. Совместная беременность...

Во время беременности и кормления грудью моя «мужская сущность» была отодвинута на второй план. Приоритетной задачей было родить и вырастить физически и психически здоровых детей. Для этого детям нужна была «мама», с грудным вскармливанием, с колыбельными, с «обнимашками»... У меня все это было, и мне все это нравилось. Кроме грудного вскармливания. Но, как уже было сказано, нужно вовремя и верно расставлять приоритеты и следовать намеченному плану. [Из собственного детства] я знаю, на что

похожа депривация, поэтому детям своим даю по максимуму. В эмоциональном плане было трудно, иногда просто невыносимо. Спасали «десятиминутки одиночества», во время которых я отключался, говорил себе, что я – это все равно я, как бы отвратительно ни было видеть себя в зеркале с опухшими огромными «дойками». Воспринимал себя как «систему жизнеобеспечения» маленького ребенка, которого, кроме меня, никто не поймет, не почувствует, которому, кроме меня, никто не поможет.

Вообще, мне с самого начала было абсолютно ясно, что у моей проблемы нет простого решения. Мне казалось даже, что совсем нет решения. Те сведения, которые мне удавалось найти о подобных моем случаях, были похожи на издевательства – «Посмотрите, мол, тут, типа, человек, типа, мужчина хочет женщиной стать!!! Ха-ха». Истории, которые я находил в журналах про мужчин, отважившихся сменить пол и рассказать об этом, были похожи на жизнеописание проституток. Все выглядело карикатурно. Мужчины не были похожи ни на мужчин, ни на женщин. На трансвеститов, может быть... Они вызвали отторжение. Историй про женщин, которые пошли на такой шаг, я вообще не встречал. Зато иногда видел на улицах мужеподобных и неухоженных женщин... Но это на Мой Путь совсем не было похоже.

Я принял решение думать об этом как можно реже. Решил смириться. Как люди, рожденные без рук, смиряются с этим. И учатся есть, писать, рисовать, одеваться с помощью ног. Получалось с трудом. Напряжение накапливалось, помогал алкоголь. Раза два в месяц я приглашал своих «внутренних рыб и тараканов» на вечеринку, мы закрывались на кухне, пели жалостливые песни, плакали и мечтали о том, что в следующей жизни моя пацанская душа, наверняка, родится в правильном теле. Это была мечта.

На самом деле я не собирался откладывать ее реализацию на следующую жизнь. Просто я был временно занят своим ребенком. Говорил себе: вот освобожусь, и к этому времени медицина шагнет вперед, выход появится. Ну, или Таиланд на худой конец: там, говорят, делают, что хочешь. Вот выдам дочь замуж и обязательно сделаю то, что мне нужно, чтобы чувствовать себя полноценным, уверенным в себе Мужчиной.

В 2004 г. с первым мужем мы развелись. К тому времени у меня была работа, приносящая хороший доход. Я развлекался: бары, клубы, мужчины, в постели с которыми я представлял себя мужчиной, немногочисленные женщины, отношения с которыми были интересны только на стадии флирта... Настоящий секс у меня был только с одной женщиной. И то, не для моего

удовольствия, просто хотелось сделать приятно ей. В общем, женщины оказались ну прям совсем не мое... Значительных мужчин в жизни моей не встречалось. Они приходили и уходили, внутренние рыбы и тараканы помогали время от времени перезагружаться, ребенок и ответственность за него заставляли развиваться.

В 2008 г. мы начали встречаться с моим вторым мужем. Собственно, мне не хотелось с ним встречаться. Свою откровенность в вопросе самоидентификации я использовал с целью напугать и оттолкнуть. Его это не останавливало, он хотел жениться и мечтал о детях. Постепенно я тоже начал мечтать о детях с его глазами.

Я любил его, он – меня. Дети получились «офигенные»: столько и такие, как хотелось и планировалось. Но тут неожиданно выяснилось, что мой муж – гомофоб. Мне всегда были интересны фильмы на гей-тематику. Они меня волновали, вдохновляли, дарили надежду. А тут: «Фу-ну-что-это-за-гомосютина-выключи-сейчас-же». На этом месте понимаешь, что тебя, видимо, не услышали, а если услышали, то не поняли. И для самого главного разговора в жизни еще не время. Ну, что ж, вызов принят. Человек мне дорог, я хочу быть собой и хочу быть счастливым. Счастлив с ним. Значит, пришло время для образовательно-просветительских мероприятий. Постепенно с привлечением научной литературы облегчал себе жизнь, доводя до сознания любимого мужчины, что быть геем – это вариант нормы. Быть трансом – тоже вариант нормы. Нельзя просто так осуждать. Нельзя на придуманных каких-то основаниях считать кого-то хуже себя.

Доводя до него, доводила и до себя, ибо тоже были места слабые, нуждавшиеся в тренировке. В общем, дети росли, мы работали над собой, строили отношения, становились лучше. Мечты мечтами, а жить надо было в реальности.

Недавно моя уже весьма взрослая и самостоятельная старшая дочь поделилась со мной «тайной», что ей очень хочется «иметь своего парня». Что у всех девочек в классе уже есть мальчики и что ей тоже хочется, чтобы о ней кто-нибудь мечтал и заботился. Что ей очень грустно и плохо, когда никого рядом нет и не с кем поделиться. А я взял да сказал, как тяжело, и страшно, и нет выхода, когда все тебя считают женщиной, а ты парень. И не рассказать толком никому, и жить тоскливо, зная, что никогда в этой жизни не будешь по-настоящему счастлив и что бесит этот рюкзак из лифчика с титками внутри, задом наперед надетый. Долго мы разным делились... В конце концов

дочь сказала мне, что примет меня любой. С этого момента жить стало значительно легче. Хотя с кем-то абсолютно откровенно я смог обсудить свои тайные мысли. Шутки типа... «знаешь, когда придет время стать бабушкой, я уже буду дедушкой» стали звучать смелее и чаще. И вот этой весной во время очередных наших с ней задушевных разговоров она сказала мне: «Зачем ждать, сделай это сейчас и живи счастливо».

Шесть лет назад я абсолютно выпал из жизни. Беременности, дети, уход за ними, редкие встречи с очень редкими друзьями, Жизнь в колесе. Ноль осознанности. Все сжиралось бытовухой, все, что не сожрано, было размазано по времени и пространству. И снова появилась тоска, и снова, вроде, все делаю правильно и человек я хороший, и еще лучше стану, да вот только не мое это все, живу чужую жизнь, ведь я – это не я, и снова рыбы и тараканы с соплями.

И вот с этого времени появилась мысль: а почему не сделать операцию? И почему не жить счастливо? Иду в Сеть и со странной легкостью нахожу ответы на все свои вопросы. Тестостерон и мастэктомия. Jake Graf и Benjamin Melzer. И нисколько я не уникальный. Тысячи таких, как я. Шок. Все рядом лежало. Руку надо было протянуть. Обида... досада...

Как я мог этого не замечать, не найти раньше? Потом пришло понимание. Так надо. Моя семья. Мои дети. Не нужно доноров искать, слезать с гормонов, чтобы родить детей. У меня все есть. Есть деньги на операцию. Есть понимание жизни... Нет уверенности, что муж поддержит и не бросит.

– Дорогой, нам надо поговорить.

– Не про смену пола, надеюсь?

– Про нее. А как ты понял? И что, ты не против? Да, грудь отрежу. Да, хочу гормоны. Хорошо, еще раз подумаю. Хорошо, может, позднее начну.

Ооо-чень смешно: в подвале он меня закроет и найдет себе сисястую... Не бросит.

Мир перевернулся. Рыбы перестали прижиматься к моей душе своими холодными скользкими боками, безнадега отступила, мир обрел краски, а жизнь обрела смысл... Если мечту можно реализовать, то это не мечта, а план. Мечтой меньше – планом больше.

...После рождения нашего последнего ребенка я прошла процедуру стерилизации, так как мы с мужем посчитали, что свою биологическую функцию по продлению рода мы выполнили... Спустя какое-то время решили

подумать о приемных детях. И вот момент настал, мы решили, что пора. Ибо нет разницы, две «мороженки» покупать или три.

Первый раз я увидела Димасика в декабре 2013 г. на сайте Усыновите.ру. Влюбилась. Показала мужу. Стали собирать документы. Родственники восприняли это в штыки, считали, что «надо сначала своих поднять...», а мы считали, что самое то. Дети одного возраста, и им веселее, и нам по несколько раз школьную программу не проходить.

Надо сказать, что пока не был собран полный пакет документов (некоторые из них готовятся весьма долго), пока не была пройдена Школа приемных родителей, никакую информацию о здоровье, местонахождении и даже об актуальности базы данных детей, нуждающихся в усыновлении, получить было невозможно. Поэтому нам посоветовали найти «запасной вариант» – не заикливаться на одном ребенке, так как на момент готовности полного пакета документов его уже может не оказаться в детском доме. И такой «вариант» был найден.

Но Димасик нас дождался. Отчасти потому, что раньше детей с такими сложными диагнозами забирали в основном зарубежные усыновители. Но и мы не сразу решились. Я пришла к начальнику опеки. Сказала, что хочу этого малыша. Она мне ответила отказом и отправила мальчика в специализированный Детский дом, где находятся дети без шансов на реабилитацию. Лежачие, без сохранного интеллекта, микроцефалы и пр. Настойчивостью и объяснениями, что я не могу бросить своих детей и все силы сосредоточить на безнадежном ребенке, что я уже выбрала и другого мне не надо, я добилась своего Димасика.

Когда Димасик попал к нам, он два дня привыкал к новой обстановке. Потом он залез на ручки и больше меня не отпускал. Он боялся засыпать вечером. Месяц спал у меня на руках. Не давал ни ложиться, ни... садиться – боялся, что я его положу и уйду. Через два дня начал спокойно засыпать в своей постели, рядом со мной. А еще убирал ручки за спину. Вот ставишь перед ребенком тарелку с вкусняшками, а он руки за спину убирает. Я как бывший инструктор по служебному собаководству могу рассказать, что нужно делать с собакой, чтобы она еду не трогала без разрешения. Но не буду. Вы уже сами все поняли...

Жизнь пошла своим чередом. Димасик нам жизнь не усложнил. Как-то все почти осталось на своих местах. А через полтора года я увидела на сайте наш «запасной вариант» – Константин, ребенку было три с половиной года. Он

вырос. Фото поменяли. Но никто его не забрал. Позвонила в органы, узнала, что за диагноз. Позвонила своему педиатру, спросила его мнение. Сказал – не вздумай. Инвалидная коляска, бесконечные больницы, не факт, что реабилитируется. Я подумала, что три неугомонных коника, бегающих и громко топающих, у меня есть – пусть один сидит рядом читает и рисует, разоведем.

Муж сопротивлялся, говорил, что четвертый – это перебор, что сейчас самое «оно»: и по силам, и миссию свою мы выполнили. Я его уговорила, потому что кто, если не мы, потому что, если можем, то должны. Мы несколько раз ездили в соседнюю область. Знакомились. Убеждали руководство Детского дома, что мы сможем дать этому ребенку все. Они искренне недоумевали и, кроме шуток, спрашивали, не на органы ли он нам нужен.

В конце концов мы забрали в нашу семью и Константина. Привезли домой – он боялся горшка, нужду справлял исключительно в памперсы. Ноги в голеностопе и в коленях были в контрактурах, не разгибались. Его любимой игрушкой стал выключатель света: стоял по часу, держась за стену, раскачивался и давил на кнопку. Ночью не спал, сидел в кровати и раскачивался. Или бился головой о стену. Стали брать спать к себе, через полгода сон налачился. Потом конструкторы... сначала с крупными сегментами, потом

«Лего», и вот уже Костя строит дома и машины. Четыре курса гипсотерапии, один курс диспорта, по шесть часов в день в тьюторах, массаж, пока смотрим мультики, раз в месяц курс массажа от специалиста, книжки на ночь, кремчики после ванны, споры о том, чья зубная щетка красивее и кто первый чистит зубы, кинотеатры и контактные зоопарки, бассейн и свежий загородный воздух все лето – и вот через полтора года ребенок уже ничем не отличается от остальных...»

В середине 2017 г. после консультаций с родственниками и получения от них одобрения Юлия Савиновских приняла решение начать процедуру по смене пола. Для этого обратилась к психиатрам для получения заключения об отсутствии у нее противопоказаний к операции. После получения справки о психическом здоровье ей была проведена «двусторонняя маскулинизирующая мастэктомия в рамках смены пола с женского на мужской». Вопрос о необходимости проведения других хирургических вмешательств по смене пола Савиновских Ю. В. перед врачами не ставила, по поводу изменения паспортных данных в официальные органы не обращалась.

В конце августа 2017 г. в их квартиру пришли представители органов опеки и сообщили о том, что «в интересах ребенка» забирают приемных детей – Диму и Костю – обратно в детский дом. На вопрос о причинах сказали, что у них есть информация, что приемная мать Юлия сделала «незаконную хирургическую операцию» и собирается сменить пол. Кроме того, упрекнули родителей в том, что в их доме грязно. В ответ Юлия предъявила официальную справку из больницы и сообщила, что все было сделано законно.

Как оказалось впоследствии, дети были изъяты из семьи, а Юлия Савиновских была освобождена от обязанностей опекуна на основании Приказа Управления социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области по Орджоникидзевскому району г. Екатеринбурга. Суд признал законным решение Министерства по социальной политике, согласившись с тем, что обращение Ю. Савиновских к хирургам и проведенная операция по смене пола доказывают наличие у нее психического заболевания в виде транссексуализма и это в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14.02.2013 № 117 «лишает ее права усыновлять (удочерять) ребенка, принимать его под опеку (попечительство), поскольку транссексуализм отнесен в данном Постановлении к числу противопоказаний».

За последние месяцы Юлия Савиновских подавала в суд иски о признании незаконным Приказа Управления социальной политики об освобождении ее от обязанностей опекуна и о восстановлении ее в этом статусе. Она объявляла голодовку. В ее поддержку высказывались многие известные общественные деятели РФ, в десятках центральных газет и на телевидении появились ее интервью. Однако суд раз за разом отклонял ее иски. Помимо этого, мужу Юлии 31-летнему Евгению отказали в усыновлении двух приемных детей, ранее изъятых опекой у его супруги. В последнем принятом судебном решении от 5 февраля 2018 года указано, что «главной причиной расторжения договора с ответчиком является транссексуализм, поскольку дети отдавались в традиционную семью». Отмечено также, что «Савиновских Ю. В. длительное время страдает психическим расстройством... состоит в браке с Соковым Е.В..., [однако] согласно положениям Семейного кодекса РФ в браке могут состоять только мужчина и женщина... Идентификация Савиновских себя в качестве представителя мужского пола с учетом состояния ее в браке с женщиной, стремление к принятию социальной роли, свойственной мужскому полу,

противоречит принципам семейного законодательства нашей страны, традициям и менталитету нашего общества». Основополагающими доводами стали ссылки на то, что транссексуализм относится к категории психических расстройств, при наличии которых лицо не может усыновить /удочерить ребенка или принять его под опеку/ попечительство. Кроме того, в решениях суда без уточнений обращалось внимание на то, что «семейным законодательством РФ предъявляются повышенные требования к личности и морально-нравственным качествам опекунов и что указанные требования законодательства, а также интересы детей были проигнорированы».

История «болезни»

За свою жизнь Юлия Савиновских никогда не обращалась к психиатрам с жалобами на состояние здоровья. Она считала и считает себя психически здоровой. Никаких указаний и свидетельств о том, что у нее наблюдались какие бы то ни было психические или поведенческие расстройства, нет. Обращение к специалистам психиатрического профиля летом 2017 г. было обусловлено стремлением Ю. Савиновских получить справку об отсутствии у нее психических расстройств и противопоказаний для проведения операции по смене пола. Врачебной комиссией филиала «Сосновый бор» Свердловской областной клинической психиатрической больницы было сделано заключение о наличии у нее транссексуализма и отсутствии признаков «иной психической патологии», а также отсутствии психиатрических противопоказаний для проведения хирургической косметической коррекции (смены пола) и изменения паспортных данных на мужской пол. В дальнейшем эксперты-психиатры Свердловской областной клинической психиатрической больницы, проводившие амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу (в январе 2018 года), подтвердили выводы коллег. Они пришли к заключению о том, что у Ю. Савиновских обнаруживается «расстройство половой идентификации, неуточненное». При этом отметили, что ее «психическое расстройство течет в мягкой форме» и что «диагностических критериев какого-либо иного психического расстройства» у нее не выявлено. Эксперты указали, что у подэкспертной, помимо прочего, наблюдается акцентуация характера по истеро-неустойчивому типу.

Нами 6 октября 2017 г. было проведено психиатрическое обследование Ю.В. Савиновских (с 16.00 до 16.40 по московскому времени с использованием интернет-коммуникации посредством системы Skype с

информированного согласия Савиновских Ю. В., 1977 года рождения, находившейся в момент обследования в г. Екатеринбурге. Личность обследованной удостоверялась на основании паспортных данных). Жалоб на состояние здоровья Ю.В. Савиновских не предъявляла. Клинико-психопатологическое обследование показало, что у нее выявляется расстройство, классифицируемое по МКБ-10 как «Расстройство половой идентификации. Транссексуализм» (F64.0), относящееся к рубрике «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте». Помимо этого, констатировалось, что Юлия, с ее слов, отказалась от идеи дальнейших шагов по реализации права на смену пола и не собирается обращаться ни за гормональной терапией и пластикой половых органов, ни за изменением актовой записи о рождении и перемене паспортного пола. Специально нами было отмечено, что транссексуализм не относится к кругу психических расстройств.

Обсуждение

Таким образом, случай Юлии Савиновских, приведший к трагическим правовым последствиям, должен в очередной раз привлечь внимание психиатров к теме обоснованности разработки классификаций психических расстройств и включения в них тех или иных феноменов. С нашей точки зрения, требуется пересмотр положения, в соответствии с которым в МКБ и DSM поведенческие расстройства фактически приравнены к психическим. Нахождение их в единой рубрике создает опасные для пациентов юридические казусы. Если ограничение прав психически больных может быть в ряде случаев признано оправданным, то наказание за поведенческие или личностные отклонения выходит за рамки научно и этически обоснованных. Процесс объединения психических и поведенческих расстройств в одну группу не способствует поиску диагностической истины, идет вразрез с попытками нормализовать отношения между пациентами и врачами и не направлен на помощь пациентам.

Очевидно, что поведенческие девиации и расстройства не идентичны психопатологическим. А ведь именно к данному несовершенству психиатрической классификации апеллировал суд в анализируемом случае. В решении суда записано, что «Савиновских Ю. В. длительное время страдает психическим расстройством», а именно транссексуализмом, и вследствие этого не может адекватно и добросовестно выполнять роль усыновителя или

опекуна. Суд не вдаётся и не должен вдаваться в психиатрические тонкости и академические дискуссии о том, чем отличается *nosos* от *pathos*. Для суда все, что включено в F-раздел МКБ, является психическим заболеванием.^[20]

С точки зрения оценки правовых последствий небезынтересным становится вопрос: с какого момента человек становится транссексуалом: 1) с момента диагностики данного расстройства психиатрами и сексологами, 2) с тех пор, как человек осознал себя представителем иного пола, 3) с момента проведения хирургической операции и начала гормональной терапии или 4) с момента изменения актовой записи о рождении и получения нового паспорта с указанием нового пола? После того как из семьи Юлии Савиновских были изъяты приемные дети, а суд встал на сторону органов опеки, когда появилась потенциальная угроза лишения ее родительских прав в отношении родных детей и признания брака недействительным, она заявила, что теперь «не планирует менять пол... и не собирается обращаться в органы ЗАГС с запросом о смене документов с женских на мужские». С высокой вероятностью можно предполагать, что это не столько попытка избежать еще более тяжких юридических последствий, сколько результат того, что «материнский инстинкт» снизил интенсивность и даже блокировал гендерную дисфорию. В связи с этим перед специалистами встает новый вопрос: можно ли в таком случае продолжать признавать человека трансгендером?

Обратим внимание на то, что суд опирался в своем судьбоносном решении на противоречивый характер оценки состояния здоровья подэкспертной со стороны экспертов-психиатров. В заключении психиатров написано, что у Ю. Савиновских диагностируется расстройство половой идентификации в форме транссексуализма и что «иная психопатология» у нее отсутствует. Парадокс заключен в использовании слова «иная». То есть фактически психиатры признали, что транссексуализм относится к кругу психопатологических феноменов, будучи его неотъемлемой частью. Однако данное допущение не является научным фактом.

Психиатрический раздел МКБ-10 (F) называется «Психические и поведенческие расстройства», то есть в него включены как психические, так и поведенческие клинические феномены (диагнозы). Часть из них традиционно признается психиатрами психопатологическими и проявляется симптомами и синдромами нарушений психических функций, а часть – поведенческими, которые ограничиваются исключительно изменениями поступков человека без собственно психических расстройств. Ранее группа российских ученых-

психиатров уже обосновывала необходимость исключения из психиатрических классификаций расстройств поведения и личности (рубрики F6) и порочность процесса медиализации обыденной жизни [9-10, 14]. Случай Ю. Савиновских заставляет нас обратить внимание коллег на то, что несовершенство психиатрических классификаций и нежелание изъять из них поведенческие девиации продолжает приводить к тяжелым и несправедливым правовым последствиям для обращающихся к психиатрам людей. Речь идет о реальных социальных последствиях расширительной психиатрической диагностики.

Справедливости ради следует отметить, что психиатры пытаются разрешить описанный парадокс путем разделения пациентов на группы: на нуждающихся в диспансерном или в консультативном наблюдении [6]. В первом варианте речь идет о тяжелых (грубых) психических расстройствах, во втором – о более легких (пограничных) случаях. Кстати, данная дифференциация представлена в Перечне психических заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство) на основании Постановления Правительства РФ от 14.02.2013 № 117. В нем специально оговаривается, что действие постановления распространяется не на всех пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а только на подлежащих диспансерному наблюдению. В случае Ю. Савиновских суд проигнорировал данное положение, хотя экспертами-психиатрами было прямо указано, что Ю. Савиновских, несмотря на диагноз транссексуализма, в диспансерном наблюдении у психиатров не нуждается.

С позиции современной психиатрии отнесение транссексуализма к группе психических и поведенческих расстройств неправомерно и ненаучно. Несмотря на это острая дискуссия в профессиональном сообществе продолжается [1-3, 5, 9, 15-20]. Значительная часть специалистов настаивает на необходимости вывести сексуальные расстройства, включая транссексуализм, за рамки группы психических и поведенческих расстройств. Это нашло отражение в новой классификации МКБ-11, где расстройства половой идентификации выделены в отдельную группу – «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем» – и не причислены ни к психическим, ни к поведенческим расстройствам [11]. Российские сексологи не соглашались с данным положением. Они считают непродуктивным и ошибочным исключение расстройств половой идентификации из группы психических и поведенческих расстройств, поскольку, с их точки зрения, это делается не на основании

научных критериев, а из гуманистических соображений в связи со стремлением избежать стигматизации транссексуалов. Комментарии некоторых специалистов категоричны и избыточно эмоциональны. Например, Г.Н. Введенский и С.Н. Матевосян [4] пишут, что «вместо того, чтобы надлежащим образом организовать правовую и медицинскую помощь таким больным, вопрос решается кардинально – путем исключения нозологической единицы из классификации. Если быть последовательным, то тогда надо все психические расстройства вследствие имеющейся стигматизации объявить вариантами нормы или закодировать не как психические нарушения, а что-либо еще».

С нашей точки зрения, исключение расстройств половой идентификации из психиатрического раздела МКБ-11 совершено не только в целях соблюдения этических и гуманистических норм, хотя это и немаловажно [1, 2, 16]. Это сделано в связи с отсутствием убедительных научных доказательств, что эти расстройства (как и парафилии) имеют психопатологическую основу. Ведь диагностика любого психического заболевания (расстройства) подразумевает обнаружение психопатологических симптомов и синдромов. Согласно МКБ расстройства половой идентификации и парафилии диагностируются только в случае исключения психических нарушений.

Если говорить шире, то приходится констатировать, что до сих пор не существует никаких научных оснований приравнивать поведенческие расстройства к психическим. Это принципиально разные сущности, не говоря уже о том, что в современной психиатрии крайне затруднительна и неверифицируема дифференциация поведенческих расстройств как патологии и девиаций поведения как крайних вариантов нормы [10,14].

Следует также иметь в виду, что понятие «болезнь (расстройство)» в общей медицине подразумевает наличие страдания пациента, стремления вылечиться. Можно ли обнаружить у Юлии Савиновских какие бы то ни было «болезненные страдания», от которых она хотела бы избавиться? Таких симптомов и жалоб на состояние здоровья у нее нет. Идентичная картина обнаруживается при личностных расстройствах (психопатиях) и некоторых иных расстройствах поведения. Психиатры могут возразить, что при ряде тяжелых психических расстройств (например, психозах) пациенты не признают себя больными и ни от чего лечиться не хотят. Да, это так. Но ведь тем и отличается тяжелая психопатология, что при ней отмечается качественное искажение восприятия реальности и собственной личности в

связи с различными поражениями головного мозга. В случаях же поведенческой и личностной патологии (девиаций) ни о каких мозговых причинах расстройств речи не идет. По крайней мере, доказательств тому нет [14]. Реальность такими людьми воспринимается адекватно, пусть и субъективно. Следовательно, в условиях существующей стигматизации всех, кто оказывается в поле зрения психиатров и получает диагноз по МКБ или DSM, до прояснения этиопатогенеза поведенческих расстройств логичнее и гуманнее вывести за скобки психиатрии. Классификация не должна строиться на гипотезах и расширительно толковать патологию.

Случай Юлии Савиновских, приведший к трагическим последствиям для нее, ее семьи и приемных детей, показывает, что настало время пересматривать основополагающие принципы психиатрических классификаций. На данное время отношение российских психиатров к истории Юлии не изменилось, сама же Савиновских эмигрировала и ведет жизнь мужчины.

Литература

1. Алисиевич Е. С., Никитина Е. М. Актуальные вопросы защиты транссексуалов от дискриминации: международно-правовой аспект// Вестник РУДН. Серия Юридические науки. 2014. № 2. С. 332-342.
2. Бухановский А. О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадaptация и реабилитация: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. Ростов-на-Дону. 1994. 60 с.
3. Ватсон Д. Б., Сайдль Х. Эволюция взглядов на гендерную идентичность: расстройство или «новая» норма// Российский психиатрический журнал. 2017. № 5. С. 33-39.
4. Введенский Г. Е., Матевосян С. Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. № 3. С.102-105.
5. Демидова Л. Ю. Парафилии как диагностическая категория (реферативный обзор зарубежных исследований) // Психология и право. 2011. № 4.
6. «Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в вопросах и ответах./ В. Я. Евтушенко. Под редакцией проф. В. С. Ястребова. М.: Московское областное общество психиатров, 2009. 302 с.

7. Менделевич В. Д. Классификация психических расстройств vs систематика поведенческих девиаций: медикализация как тренд // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2016. №1. С. 10-16.

8. Менделевич В. Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского: психопатология или современное искусство? // Неврологический вестник. 2016. № 1. С. 4-16.

9. Менделевич В. Д. Больничный по педофилии и инвалидность по наркомании // Неврологический вестник. 2017. № 3. С. 5-10.

10. Менделевич В. Д. Личностные расстройства (психопатии): сохранять ли в психиатрических классификациях и лечить ли антипсихотиками? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. № 3. С. 57-60.

11. МКБ-11. Проект. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/14-135541-ab/ru/> (дата обращения: 23.05.2021).

12. Постановление Правительства РФ от 14.02.2013 № 117 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью». Режим доступа: <http://base.garant.ru/70446354/#ixzz56Obj21Je> (дата обращения: 23.05.2021).

13. Прохоров А. О., Валиуллина М. Е., Габдреева В. Ш. и др. Психология состояний / под ред. А. О. Прохорова. М., 2011. 624 с.

14. Снедков Е. В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В. Д. Менделевича). Ч. 1 // Неврологический вестник. 2016. № 4. С. 47-57.

15. Ткаченко А. А. Аномальное сексуальное поведение. М., 1997. 426 с.

16. Шишкина Ю. С. Проблема понимания категории «изменение пола» в России // Законодательство. 2012. № 8. С. 92-94.

17. Beek T. E, Cohen-Kettenis P. T, Kreukels B. P. Gender incongruence/ gender dysphoria and its classification history // Int Rev Psychiatry. 2016. № 28 (1). P. 5-12.

18. Davy Z. The DSM-5 and the politics of diagnosing transpeople // Arch Sex Behav 2015. № 44 (5). P. 1165-1176.

19. Krueger R. B., Reed G., First M. B., Marais A., Kismodi E., Briken P. Proposals for paraphilic disorders in the international classification of diseases and related health problems, eleventh revision (ICD-11) // Arch Sex Behav 2017. № 46 (5). P. 1529-1545.

20. *Rushed M. A., Bingham R.* Can Psychiatry Distinguish Social Deviance From Mental Disorder? // PP. 2014. № 21 (3). P. 243-255.

Долгоиграющая марихуана^[21]

Пациент *Алексей*, 20 лет. Дед по отцовской линии страдал гипертонической болезнью, умер в 73 года от инсульта. У двоюродной тети по линии отца было психическое заболевание, лечилась в психиатрической больнице, умерла в возрасте около 57 лет. Бабушка по отцовской линии умерла в возрасте 66 лет от рака прямой кишки. Дядя по отцовской линии в возрасте 56 лет умер от тромбоза, страдал ИБС. У двоюродного дяди по отцовской линии сахарный диабет I типа. У двоюродной тети со стороны отца – сахарный диабет. Отец злоупотреблял алкоголем, употреблял запойно (до 10 дней) после 30 лет, в ремиссии в течение года. Прадед по материнской линии злоупотреблял алкоголем с частотой раз в неделю. Дед по материнской линии злоупотреблял алкоголем (регулярное употребление), страдал ГБ, ИБС, умер от инсульта в возрасте 65 лет.

Пациент рожден от третьей беременности, протекавшей с токсикозом 1-й и 2-й половины, хронической гипоксией плода, хроническим эндометритом. Роды срочные. Масса при рождении 3,5 кг, длина 51 см, по шкале Апгар 7-8 баллов. Был на грудном вскармливании до 5 месяцев. С детства страдал пищевой аллергией, атопическим дерматитом. Раннее психофизическое развитие соответствовало возрастным нормативам. Мать родила его в возрасте 28 лет, отличалась спокойными, уравновешенными чертами характера. Отец с детства вспоминается строгим, на момент рождения пробанда ему было 34 года.

Посещал детский сад, с детьми общался без проблем, не любил рано вставать. Был активным, коммуникабельным ребенком. С пяти лет играл в шахматы, хорошо считал, участвовал в городских соревнованиях. В возрасте четырех-пяти лет перенес импетиго. В пять лет несколько раз переболел отитом. Перенес ветряную оспу в возрасте восьми-девяти лет.

В школу пошел подготовленным в шесть лет, умея читать и писать. Учился без проблем, больше нравилась математика, однако усидчивости не было. В 10 лет несколько месяцев ходил в секцию по боксу. С трех до семи лет много лепил из пластилина с очень мелкой детализацией, любил собирать конструктор. В 10 лет родители развелись – мать стала адептом секты Свидетелей Иеговы. Свою реакцию на это событие не помнит. Сначала ушел

жить к матери, но поскольку она брала сына на собрания верующих, то отец поставил вопрос «либо секта, либо семья». Стал проживать у отца, тем более что с отцом «было более свободно жить». В девятом классе стал ходить на курсы физико-математической школы ЮРГУ, а затем перешел в нее. Вместе с ним туда перешли и еще пять-шесть человек из класса, так что проблем с адаптацией не было.

В 10-м классе стал встречаться с девушкой. Была взаимная влюбленность, отношения продолжались около трех лет. С 11-го класса занимался углубленно с репетитором по математике и физике. Принимал участие в олимпиаде МГУ и Московского физико-технического института. В 2013 г. прошел по конкурсу в МГУ и в МФТИ (факультет проблем физики и энергетики, математического моделирования физических процессов). Хотел поступать на теоретическую физику («потому что круто»), однако по рекомендации отца выбрал МФТИ.

С 12 лет со сверстниками регулярно выпивал по паре банок алкогольного коктейля летом, иногда до 1,5 литра «блейзера». В холодное время – два-три раза в неделю. Такое употребление продолжалось до 14 лет. В седьмом классе началось экспериментирование с ПАВ: пробовал триган Д (10 штук). Испытывал при этом зрительные галлюцинации. Первая проба марихуаны в школе по механизмам исследования и группирования. «Было смешно». В 10-м классе ездил в Амстердам, где пробовал гашиш. Представления при его употреблении были очень яркими, «проносился по воспоминаниям, многое осознавалось». В 11-м классе пробовал цикламед в каплях (2-3 пробы), но ему не понравилось. Учась в вузе с 2013 по 2015 г., употреблял марихуану с различной интенсивностью, практически каждый день («для большей концентрации на целях, улучшало пространственную ориентацию, добавляло эмоциональности, были более рациональными мысли»). При этом в учебе особенного усердия не проявлял.

В 2015-2016 гг. с целью экспериментирования начал принимать психоделики: ДОБ, ДОК (производные фенилэтиламина), что «усиливало ощущения, осознанность, понимание эмоций, давало силы для понимания того, что происходит внутри», считал, что это его «делает лучше». Во время сессий употреблял амфетамины для повышения работоспособности, при этом сохранялось употребление марихуаны. Пробовал разные вещества, затем перешел на MDMA («давало открытость, желание общаться с людьми»). К концу 2015 г. отношения с девушкой стали ухудшаться, «зациклился на своих

делах», в начале 2016 г. (третий курс) ушел в академический отпуск. Весной 2016 г. расстался с девушкой, потому что они «отдалились». Она знала об употреблении ПАВ, относилась поначалу к этому как к личному выбору, позже стала переживать, высказывать свое недовольство. Снизилась активность сексуальной жизни.

Родители об академическом отпуске ничего не знали. Продолжал экспериментирование с психоделиками. На фоне приема ПАВ стали возникать негативные последствия: «потерял осознание направления, в котором двигался раньше, просто наблюдал за эмоциями, не мог угнаться за ними». В октябре 2016 г. появилось ощущение восприятия своих эмоциональных переживаний в виде цветового («ранее эмоций не ощущал так»). При изменении цветов начинал сомневаться, правильно ли поступил, поскольку изменение цвета расценивал как некую реакцию на происходящее со стороны тела. Стал более замкнутым, молчаливым. Фон настроения снизился. Сознался отцу в употреблении ПАВ, обратились в наркологическую службу, однако врач, пообщавшись с пациентом, порекомендовал консультацию психиатра.

Со слов отца, со второй половины 2015 г. у Алексея появилась повышенная активность: увлекся биохимией, стал активным эмоционально и физически, ходил в тренажерный зал, увлекся правильным питанием, внешне вел здоровый образ жизни (сам пациент этого не подтверждает, продолжал потреблять ПАВ). Алексей дает несколько иную трактовку тех событий. С зимы 2015 г. начал встречаться с девушкой (практически сразу стали жить вместе) и повышение настроения связывает с их отношениями. «Хотел соответствовать ее душевным качествам». При этом признает, что активно со всеми общался. Появился интерес к работе мозга, смотрел лекции в интернете, читал литературу по нейрохимии. В связи с полученными знаниями стало появляться понимание, «почему это происходит». Возникало ощущение «зоны мозга, откуда это берется». Летом 2016 г. активность постепенно снизилась, стал более задумчивым, периодически смотрел в одну точку, объясняя это тем, что «пытался познать свои эмоции». Осенью появилась апатия, безразличие. Стал отвечать на вопросы с задержкой, выросла заторможенность. Возникли трудности в общении, так как был фиксирован на анализе своих ощущений.

При поступлении предъявлял жалобы на снижение уверенности, тревожные переживания по поводу «правильности своего восприятия». Отмечает, что сны «стали более непонятными, абсурдными». Есть постоянное ощущение «внутри, о чем надо подумать», «слова не описывают то, о чем я думаю и что

чувствую». Более подробно конкретизировать не может. Соматоневрологический статус без особенностей.

Психический статус при поступлении в стационар. Сознание ясное. Ауто- и аллопсихически ориентирован правильно. Заторможен. На вопросы отвечает после длительных пауз. Пытаясь сформулировать свои ощущения, зачастую сбивается, старается формулировать заново. Высказывает сомнения в своих умозаключениях. Темп речи замедлен, мимические реакции скудные. Низкая эмоциональная экспрессия речи и пантомимики. Фон настроения снижен. При поступлении предъявляет жалобы на снижение уверенности, тревожные переживания по поводу «правильности своего восприятия». Отмечает, что сны «стали более непонятными, абсурдными». Есть постоянное ощущение, что «внутри о чем-то надо подумать», «слова не описывают то, о чем я думаю и что чувствую». Более подробно конкретизировать не может. В беседе временами описывает собственные концепции работы мозга и органов, однако это высказывает в плане гипотезы и в дальнейшем к ней не возвращается. Например, *«кишечник распределяет количество энергии, что сколько какому органу необходимо. Это как замыкание на какой-то вид эмоции, которая потом проявляется. Это можно ощущать в теле и в некоторых участках мозга»* или *«...под каждую работу собирается определенная система, и в ее узлах собирается определенное количество медиаторов, если я перескакиваю в другое состояние, происходит как бы щелчок, и высвобождаются медиаторы, которые могут заблокировать мысль, которая противоречит созданной системе»*. Эти высказывания в процессе бесед претерпевали некоторые изменения. Пациент постоянно сомневался в своих ощущениях и концепциях, объясняющих происходящие в организме субъективные изменения. Мышление зачастую непоследовательное. Испытывает зрительные обманы в виде калейдоскопических узоров перед собой, которые меняются в зависимости от эмоционального состояния. Во время беседы постоянно совершает манерные стереотипные движения руками, заметны парамимии. Критика снижена.

Результаты психологического исследования (психолог Христин О. Б.). В начале беседы явно напряжен, на вопросы психолога отвечает после длительной паузы, чаще односложно, неохотно. Выражение лица отрешенное, эмоциональные реакции недовольно-монотонные. По мере установления

относительно доброжелательного контакта становится более разговорчивым, эмоциональные реакции приобретают окраску, более адекватную теме беседы, но, несмотря на высказываемую потребность разобраться в себе, уклоняется от обсуждения личностно значимых тем. Сам пациент в момент обследования жаловался на пассивность, вялость, невозможность контролировать свои эмоции и отчаяние из-за непонимания самого себя. Снизилась потребность в общении, которое приобрело формальный характер. Но свое изменившееся состояние с приемом психоделиков не связывает, считая их «безобидными» препаратами.

При переходе к экспериментальной части исследования, несмотря на внешнюю отстраненность, легко понимал и правильно усваивал инструкции к новым заданиям, которые выполнял в несколько замедленном темпе, но достаточно продуктивно. Кривая непосредственного заучивания 10 слов – 10-10-10, в ретенции 9 слов, что указывает на хороший объем воспринимаемой информации, способность к ее заучиванию, удержанию и последующему воспроизведению. Не выявлено и значимых нарушений процесса внимания. Исследование мыслительной деятельности выявляет тенденцию к фиксации на малосущественных деталях с ожиданием возможного «подвоха», некоторую «расплывчатость», а порой и противоречивость суждений, наличие единичных, негрубых смысловых соскальзываний, при этом отсутствуют явные искажения процесса обобщения и выраженные нарушения целенаправленности логических построений. Старается обосновать и отстоять правомерность своих суждений, но выявляет способность и к разумной коррекции. Формально правильно выделяя существенные признаки и демонстрируя способность к образованию достаточно сложных обобщений, испытывает трудность при необходимости дать последовательное объяснение принятому решению или четко сформулировать сам обобщающий и понятийный признак.

Опосредование эмоционально насыщенных понятий пиктограммы происходило без видимых затруднений, но подбираемые образы были лишены личностной значимости и ограничивались формальным изображением солнца, цветов, флажков. Продуктивность их последующего воспроизведения – 90%. В целом результаты исследования процессов мышления указывают на определенную трудность саморегуляции в рамках изменения личностно-мотивационного компонента при относительной сохранности операционального компонента мышления. Более выраженные

изменения выявлялись в аффективно-личностной и эмоционально-волевой сферах. Неудовлетворенная потребность в уважении и признании со стороны значимых лиц, недостаточно развитые навыки равноправного, а тем более доминирующего общения привели к желанию «приукрасить» себя, завоевать расположение окружающих не реальными достижениями, а попытками «подстроиться» под их интересы, сохраняя таким образом их мнимое расположение. Понимание собственного несовершенства привело, с одной стороны, к стойкому снижению самооценки, а с другой – к необходимости постоянного контроля ситуации с ощущением угрозы, опасности, хронического внутреннего напряжения. Ведущая мотивация – избегание неуспеха. Тенденция показать себя более независимым и успешным, чем это является в действительности, имела место даже в процессе настоящего исследования, особенно при проведении самооценки. Первой его реакцией, как правило, была более высокая оценка своих личностных качеств (общительность, уверенность, активность, самостоятельность, сила воли), далее следовало некоторое снижение данной первоначально оценки, но и она была значительно выше реальной. В то же время указывал и на присущую ему ранимость, тревожность, застреваемость на негативно окрашенных переживаниях. Затем признался в постоянном желании «прихвастнуть» и в безуспешной потребности понять самого себя.

Исследование аффективно-личностных особенностей с применением специально направленных методик (ММР1, тест Люшера) указывает на пассивно-оборонительную позицию, смешанный тип реагирования, высокую чувствительность к критическим замечаниям, степени принятия себя. При этом недоверчивость парадоксально сочетается с внушаемостью, нешаблонность восприятия – с тенденцией к систематизации, а ирреальность чувств – с трезвостью суждений и стремлением настоять на своем. Внешнее дружелюбие и уступчивость сопровождаются подозрительностью, обидчивостью по поводу непризнания своего авторитета. В результате высокие притязания постоянно сталкиваются с невозможностью реализации надежд и намерений, вызывают чувство обманутого доверия, разочарования и ощущения себя в роли жертвы. Попытки разобраться в себе оказываются безуспешными (несмотря на копание в интернете, построение схем и т. д.).

Профиль личности ММР1 указывает на отчетливое заострение шизоидных черт с наличием стойких и длительных отрицательных эмоциональных переживаний, с ощущением непонятости, изолированности, выраженной

дистанцией между собой и окружающим миром. Поскольку в силу неудовлетворенности и ранимости у него нет четкого представления о реальной социальной ситуации и об истинных межличностных отношениях, именно они оказываются источником постоянной напряженности. Несмотря на отсутствие (по результатам ЭПИ) выраженных специфических структурных нарушений мышления, высказывания пациента недостаточно последовательны, отличаются нечеткостью формулировок, что создает дополнительные коммуникативные сложности. А стремление ликвидировать свою отгороженность и быть «принятым» порождает определенную зависимость, связанную с надеждой внимания к себе и страхом быть отвергнутым. Таким образом, результаты экспериментально-психологического исследования указывают на выраженное внутреннее напряжение, тревожность, склонность к фиксации на обдумывании аффективно насыщенных идей, наличие длительно существующего чувства душевного дискомфорта, изолированности, непонятости, возможной угрозы, исходящей от окружающих, что в большей степени характерно для шизоидной акцентуации. Но, учитывая нерезкие, но имеющие место изменения в личностно-мотивационном компоненте мышления, некоторое снижение критичности, своеобразие суждений и восприятия, нельзя исключить инициальный период процессуального заболевания.

МРТ головного мозга. Признаков патологии головного мозга не выявлено. ЭЭГ: выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности с признаками регуляторно-органической дисфункции. Дизритмичный, дезорганизованный тип ЭЭГ. Альфа-ритм значительно дезорганизован, средней амплитуды, среднего индекса, нерегулярный (с разбросом частот 8,1-10,4 Гц), не локализован. Модуляции по амплитуде отсутствуют. Бета-ритм высокого индекса, средней амплитуды, низкой частоты, не локализован. На фоне полиморфной активности тета-активность в виде групп волн частотой 6,0 Гц, амплитудой до 35 мкВ, наиболее выражена в левом полушарии. Реактивность мозговых систем снижена. При проведении фотостимуляционных проб на ФТ-10 отмечается замедление биоэлектрической активности в правой затылочной и правой переднелобной областях. При проведении гипервентиляции отмечается замедление в биоэлектрической активности в лобно-центральных областях.

Проведено лечение: *Sol. Reamberini* 400,0 в/в капельно, *Sol. Nartii Thiosulphati* 1,0 + *Sol. NaCl* 0,9% 200,0 в/в капельно, *Sol. Unithioli* 10,0 + *Sol. NaCl* 0,9% 200,0

в/в капельно, *Sol. Heptrali* 400 mg + *Sol. NaCl* 0,9% 200,0 в/в капельно, *Tab. Fevarini* 0,175 /сутки, *Tab. Sedaliti* 0,3/сутки, *Tab. Olanzapini* 0,0025/сут. Проведено пять процедур плазмафереза.

Беседа с пациентом (ведущий В. А. Солдаткин).

– Здравствуйте, Алексей. У нас сегодня консилиум, в аудитории только врачи, все психиатры, все знают, что врачебная тайна – вещь очень важная, то есть мы сохраним анонимность. Как вы сейчас себя чувствуете?

– Конкретно сейчас не очень хорошо. Я пропил курс антибиотиков, у меня второй день диарея, на этом фоне скачет настроение, в связи с последними событиями состояние не очень хорошее.

– Антибиотики пили из-за болезни кишечника?

– Да. У меня дисбактериоз обнаружили.

– Кишечник давно беспокоит?

– Сложно сказать, лет в 13, наверное, был небольшой гастрит, тогда я обследовался у гастроэнтеролога. В раннем детстве какие-то таблетки с бактериями я пропивал, но это уже не на моей памяти, по словам родителей.

– В 13 лет как гастрит проявлялся?

– Запах изо рта. Я вспоминаю, что питание было не очень сбалансированное. Я жил с отцом, он стремился, чтоб стол был наиболее вкусный, и не следил за такими вещами, как, например, не есть вечером мясо. Это сказывалось на мне, например запах изо рта приходилось жвачкой зажевывать, при общении с людьми я старался отдалиться, учитывая это.

– Вы сами на запах обращали внимание или люди как-то отшатывались от вас?

– Скорее сам, иногда было ощущение, что во рту что-то не так.

– А были случаи, что кто-то из окружающих подтверждал, говорил: «Слушай, у тебя проблема»?

– Нет.

– Это ваша была жалоба: «У меня пахнет изо рта, папа, отведи меня к гастроэнтерологу»?

– Нет, это не было главной причиной. Может, даже какие-то жалобы на живот были. Это было замечено отцом в общении с ребятами, или это был просто комплекс, либо я удачно зажевывал.

– А вообще комплексов у вас было много в тот период?

– Я не скажу, что я закомплексованный человек, но при этом, я думаю, такие имеются.

– Какие свои комплексы вы считаете самыми стойкими?

– Это из личного.

– Это комплекс из личной интимной жизни?

– Да, это в самом занятии сексом. Есть какой-то потенциальный страх, что я сделаю все недостаточно хорошо, что не удовлетворю девушку. Поэтому это можно сравнить с запахом изо рта, то есть постоянно на что-то обращается внимание.

– Вам присуща эта черта: что-то тревожит, на это обращается внимание, фиксируетесь, переживаете?

– По-разному, в последнее время в связи с некоторыми психическими отклонениями это стало чертой, то есть появился некий потенциальный страх. Вы ознакомились с моей историей, знаете, зачастую бывает, когда происходят какие-то изменения в визуальных эффектах, которые я наблюдаю...

– Продолжаете наблюдать? Они не ушли полностью?

– Нет, они становились меньше, больше.

– Вы и сейчас свои эмоции видите в виде калейдоскопа или как это правильно назвать?

– Больше на калейдоскоп похоже, потому что это обычно как некоторые такие многогранники разных цветов, крутящиеся в разные стороны.

– Это только в одном месте, куда вы смотрите или это объемно вокруг вас?

– Объемность – это одна из нынешних проблем относительно пространственной ориентации, то есть я сейчас не могу представить объемные объекты.

– Почему? Что мешает?

– Эти расстройства, которые получились вследствие того, что я обращал внимание на некий конфликт, я подходил к нему и в некий момент то ли обстоятельства, то ли не хватило сил, то ли какая-то причина, когда я перестал понимать, что происходит, и как бы эмоции, основывающиеся на страхах каких-то, стали преобладать в том, что происходит. И если представить пространство для работы воображения, представить, что есть проекторы, которые создают изображение, то на фоне этих эмоций, подогреваемых страхами, вот полотно стало как бы выдавливать это объемное изображение, и оно стало проецироваться на...

– Леша, вы же математик, правда, ушедший из вуза, математики – люди с четким мышлением, вы сами понимаете, что вы говорите очень обтекаемо, вас трудно понять, или вы считаете, что предельно ясны в изложении?

– Я считаю, что вы психолог и должны понять меня.

– Вы полностью управляете своим мышлением, своим течением ассоциаций или они вышли из-под контроля?

– Сейчас благодаря лечению я как раз стал вводить в свою жизнь некие последовательности занятий разными вещами. Это и прогулки, и занятия своими делами, и готовка, последовательность этих дел нормализует состояние...

– И вы выходите из состояния, которое назвали расстройством? У вас было расстройство психическое?

– Да, и, я думаю, оно и сейчас есть, то есть я этими делами нормализую свое поведение: когда человек чем-то занимается, он видит результат, это придает сил.

– Вы сейчас видите результат?

– Да, но в последние дни из-за кишечника проблемы.

– Как вы думаете, расстройство ваше с чем связано? Вы его сами связываете с наркотическими препаратами или нет?

– Я это представлял, постарайтесь меня понять: есть работа подсознания и, учитывая мой вот этот конфликт, подсознание с двух сторон активизирует какие-то эмоции, какие-то физические процессы, происходящие в организме. Употребление веществ давало некий... как бы его назвать... представьте, если эмоции – это солдатик, то давало солдатику меч, и когда я контролировал это сражение, то действительно прорубал лес к заветному месту.

– Сейчас то ли у меня получилось, то ли вы так классно сказали, абсолютно понятная мысль!

– Когда я перестал осознавать часть армии, она стала прорубать в психике куда-то в неизведанную мною область, что привело к тому, что страхи выдавили, ... если это плохо звучит, я просто так сказал, потому что не знаю, как описать работу трехмерного воображения с учетом того, что у меня его нет.

– Вас уже десятки раз спрашивали, и все же: папа считает, что у вас было что-то с настроением до лета, что оно было то ли избыточно активным, то ли приподнятым, то ли слишком увлеченным. Вы считаете, что оно было ровным, вашим обычным, просто нравилась нейрехимия, можете прокомментировать? Что происходило до лета 2016 года?

– Я вел осознанную жизнь, как мне казалось, сделаю поправку, как это было на самом деле, я сейчас не могу сказать, и настроение мое по жизни менялось

периодически. Взгляд моего отца,... я понимаю, что мнение родителей считается авторитетным, но хочу сказать, что у этого человека тоже случаются проблемы и с психикой, и с алкоголем, у него всю жизнь эти проблемы наблюдаются. Я призываю вас прислушиваться к его мнению как просто к предложениям с какой-то информацией, не подкрепляясь каким-то эмоциональным порывом, с какими он все это говорил, потому что, как мне кажется, он зачастую неразумный человек во многих вопросах.

– Вы сами себя зависимым от какого-либо вещества считаете?

– Да, это были психоделики, то есть это были разные вещества, которые я чередовал, они как раз придавали оружие внутреннему состоянию, что придавало и сил, и сознательности.

– Устраняло неприятности или доставляло радость,удовольствие?

– Доставляло радость, удовольствие само вещество, а вот в употреблении виделась какая-то эстетика, что ли.

– А были моменты, когда не могли купить, достать препарат и из-за этого развивался дискомфорт, абстиненция?

– По поводу зависимости. У меня был период, когда я долго употреблял марихуану, и после этого я без каких-либо проблем избавился от этой привычки, и получалась ситуация, что когда вещество есть, то есть зависимость, когда его нет, то и ладно, можно чем-нибудь другим позаниматься. Амфетамин использовался для учебы, повышал концентрацию внимания, дозировку я контролировал – по 15 мг, на сессию максимум 50 мг выходило. Зависимости от веществ в принципе никогда не было, они помогали учиться, а зависимость сложилась психологическая именно от психоделиков в плане того, что они стали встраиваться в планирование, то есть, когда возникает какое-то дело интеллектуальное, нужно что-то продумать, интуитивно приходила мысль, что было бы классно употребить.

– Соли, спайсы пробовали?

– Соль нет, спайс пару раз пробовал, эффект явно негативный.

– Что было не так со спайсом?

– Я могу свои субъективные переживания рассказать, эффект, который он вызывает, не нужен, мне он был неприятен.

– Было от чего-то из проб то, что называют на сленге «измена»: какие-то угрожающие, тревожные ощущения, с видениями негативными, с потерей контроля над собой?

– Как раз от спайса было подобное ощущение, я не могу описать, каннабиноиды вызывали у меня ощущение некоего периферийного ощупывания какой-то мысли, то есть в обычном состоянии мозг работает линейно, а под действием каннабиноидов это как водоросли огибают камень. Под действием спайса я перенесся, как мне казалось, в центр страхов и ощущал нейронную цепочку, которая проходит посередине позвоночника, делает круг через мошонку и отвечает за потомство, за самый основной инстинкт передачи потомству выживания. Это инстинктивная основа, и все эти ощущения, страхи были направлены именно на нее, пытались ее уничтожить, разрушить, я ощущал дрожание в своем пахе, это были реальные ощущения, не субъективные. Я понял, что психика может сломаться, может произойти нечто ужасное, я сказал людям, которые были рядом, что мне нужен покой, ушел в комнату и каким-то образом договорился с собой, что ли, или выбрался из того состояния.

В.Д. Менделевич:

– Леша, ты считаешь себя психически больным?
– Цвета, которые я вижу, они находятся перед глазами в подсознании.
– Это психическое расстройство?
– Я считаю, что если что-то из нижних структур мозга попадает в верхние, то это ненормально.

– Это же просто образ?
– Дело в том, что та система ценностей, которая раньше мной ощущалась интуитивно, на которой я основывался в детстве, она стала разрушаться под действием каких-то внутренних убеждений, мне кажется, что это какие-то семейные моменты...

– Мы не причину ищем, мы описание хотим услышать. Образы эти – психическое расстройство или то, что тебе мешает мыслить?

– Мне кажется, что образ – это когда я представляю, например, ромашку, стебель одного цвета, лепестки другого, у меня эти образы начинают происходить зачастую неосознанно, и тот узор, который состоит из нескольких цветов, он может хаотично встраиваться в этот образ, то есть это не четкие упорядоченные изображения из нескольких цветов, а как шум какой-то я вижу.

– Сейчас есть, ты видишь?

– Да, я могу посмотреть и увидеть.

– Сюда, например, посмотри, потом сюда, в другую сторону, перемещается?

– Сейчас, из-за того, что я с разными людьми разговариваю и постоянно внимание бегают, это как какие-то потоки.

– А если закрыть глаза?

– Красно-желтые, такие как всполохи.

– Такой же интенсивности, как наяву?

– То, что раньше с закрытыми глазами было черным и некая мелкая рябь, сейчас картина стала противоположной, то есть черное становится цветастым, а рябь – она как раз-таки черная.

– Ты видел эти образы, когда употреблял психоактивные вещества?

– Под действием веществ визуалы наблюдаются на периферической области зрения, то есть фокус остается более-менее четким, а потом начинает расплываться. Сейчас у меня вокруг той области, на которую я смотрю, вокруг фокуса наблюдаются некие энергетические потоки, назовем их так, которые каким-то образом отображаются...

– Я понял, спасибо, ты подробно описывал лечащему доктору что у тебя с кишечником происходит, сейчас это есть, ты не ослабил интерес к этому?

– Вот пропил курс антибиотиков, он сказался на том, что ощущения кишечника стали менее четкими, но все-таки есть связь с кишечником. Ту картину, которую я строю, она может не соответствовать действительности, человек видит то, что он хочет видеть, и с учетом того, что есть некий внутренний конфликт, недопонимание, то эта картина будет использоваться как за, так и против меня. Поэтому я свой интерес к этой области ослабил и живу больше сейчас такой человеческой жизнью.

– Последний вопрос про человеческую жизнь: что происходит, чем занимаешься?

– Взялся за детское хобби – из пластилина леплю, не получается долго за этим сидеть.

– Книги читаешь?

– Книги – тут надолго внимания не хватает: страница, две, потом нужно делать перерыв.

– Почему?

– Потому что эти визуалы, которые сейчас просто на плоскости, когда я читаю, они начинают цепляться за какие-то нейроны, и начинается вращение. Важное, с моей точки зрения, периодически, когда я о чем-то думаю, в голове ощущаются физические действия, как хрустят суставы, так, как будто происходит отсоединение какого-то нерва от коры мозга.

- Ты это чувствуешь?
- Да, это мешает о чем-то рассуждать, когда я слышу несколько щелчков...
- Щелчков в кавычках?
- Нет, реально, бывает ощущение и звук, мне сложно сказать, что это.
- А шум, звуки, речь?
- Это такой фоновый гул, который есть у любого здорового человека, у меня он на фоне того, что есть некие визуальные эффекты, некий шум на зрительной коре.
- Гул машинный или гул человеческий?
- Просто гул, и бывает такое, как шебуршание, как бисер, если по нему руками водить, это бывает, когда много действий, которые неосмысленно происходят, если я потом ложусь, происходит какая-то каша в голове, начинаю в ней разбираться, осмыслять, этот гул постепенно проходит и принимает некий осмысленный звук.

Ю. П. Сиволап:

- Алексей, скажите, пожалуйста, если говорить о ваших родителях, кто жестче, а кто мягче по характеру: мама или папа?
- Они оба достаточно мягкие.
- Нет такого, что мама пожестче?
- Яс ней мало жил, поэтому мне трудно сказать, то общение, которое у меня с ней было, оно не в воспитательном характере было.
- А между собой как родители общались?
- Я почти не помню.
- Вы их любите?
- Да.
- Если отвлечься от социальных общепринятых представлений о наркотиках, можете сказать, что некоторые вещества, которые вы принимали, вам помогали, улучшали ваши психические функции?
- Такой позитивный эффект наблюдался от употребления какого-то психоделика, потом на следующий день при употреблении экстази кислота давала некое глубокое осознание, а эмпато-гены давали гармоничное встраивание этого осмысления в жизнь, связывание с людьми, такое сочетание давало наиболее эффективное применение. С этими веществами сочеталась еще марихуана в очень маленьких количествах.
- Вы играючи поступили в МФТИ и довольно-таки легко могли поступить на физтех МГТУ, если бы захотели, это задача непростая, допускаете

возможность, что вы вернетесь все-таки к учебе?

– Да.

– У вас когда-нибудь было ощущение, что ваши мысли открыты для окружающих?

– Нет.

– Не было ощущения, что ваши мысли кем-то вложены извне, что они не ваши?

– Нет.

– Что на вас кто-то влияет каким-то особым образом?

– Нет. Я понимаю, о чем вы говорите, подобные эффекты свойственны людям, которые употребляют DMT. Я не помню ощущений от этого вещества, тогда я испытывал страх, это вещество является болванкой для основных медиаторов в голове – серотонина, дофамина, и получается, что человек испытывает, как слияние, связь всех областей мозга...

– Алексей, у вас на этом веществе и других веществах повышалось настроение? Или, скажем так, у вас было плохое настроение, а эти вещества убирали его, улучшали?

– На MDA, который высвобождает серотонин, как антидепрессант действует, у меня настроение менялось волнообразно: один момент – это пик такой эйфории, другой момент – это отчаяние, тоска, и при этом я этим настроением как бы лавировал, когда становилось тоскливо, я осознанно пытался куда-то направить. Возможно, плохое настроение вызывалось какой-то причиной, вследствие чего было употребление, но такого, что я осознаю свое плохое настроение и употребляю, я не помню, хотя я так чувствую, что такое было. Ответ на ваш вопрос – да, но я этого не осознавал.

– С алкоголем были проблемы когда-нибудь у вас?

– В подростковом возрасте, лет в 12, мы с другом три полторашки блейзера выпивали, меня потом рвало сильно, я тогда это проблемами не называл. Пил дешевый алкоголь, баночные коктейли, до 14 лет, после этого стал пить крепкий алкоголь и совсем перестал пить где-то годам к 18.

– Позвольте мне дать вам совет. У вас папа сильно выпивающий, поэтому вы в группе риска по формированию алкогольной зависимости, если будете выпивать, поэтому лучше не пейте совсем.

А. Я. Перехов:

– Алексей, вы чувствуете, что за последнее время вы изменились, ваше внутреннее «Я» стало другим? Есть ощущение внутри, что вы меняетесь, и если

это так, пугает ли это вас?

– По сути, наверное, с этой проблемой я и поступил в психиатрию.

– Получается, это главная проблема? Глубинное ощущение, что вы становитесь другим?

– Дело в том, что как раз употребление веществ возвышало как-то это «Я», добавляло ему осмысленность и рациональность, и сейчас, когда я длительное время не употребляю, это «Я» зачастую менее сообразительное.

Вопрос из зала:

– Скажите, Алексей, вы пробовали многие наркотики, что мешало вам попробовать наркотики внутривенно?

– Уколов боюсь... Это шутка. Внутривенно употребляют тяжелые наркотики, у меня не было целью употребить ради удовольствия, ради кайфа, добиться большего результата от веществ.

Ю. П. Сиволап:

– То есть вы принимали вещества, чтобы улучшить некоторые свои функции?

– Да.

Обсуждение

И. А. Лубянка:

– На основании жалоб, анамнестических сведений и с помощью клинического метода была выявлена наследственная отягощенность в виде психических расстройств у деда и двоюродной тетки по отцовской линии, злоупотребление алкоголем по обеим линиям у родственников первой, второй степени родства. С раннего возраста отмечалось некоторое опережение в интеллектуальном созревании, пациент был достаточно коммуникабельным, но недостаточно усидчивым. Поведение стало меняться в пубертатном возрасте, но в рамках патохарактерологической реакции группирования со сверстниками, когда с экспериментальной целью стал применять психоактивные вещества для ощущений изменения состояния психики (триган Д). Примерно с этого времени – регулярное употребление алкоголя, а впоследствии и регулярное употребление марихуаны. При этом продолжал достаточно успешно учиться в школе. Обращает на себя внимание, что родители не замечали злоупотреблений пробанда, что указывает на систему воспитания (гипопротекция, гипоопека). Регулярное употребление психоделических препаратов имело место с 2015 г. – опять же с целью

экспериментирования, на фоне приема ПАВ развивается предположительно затяжное гипоманиакальное состояние с лета 2015 г. Потребление ПАВ в этот период продолжается. К осени 2016 г. происходит инверсия аффекта в сторону атипичной депрессии. В декабре 2016 г. прекращает употребление ПАВ, однако зрительные галлюцинации, вызванные употреблением психodelиков, остались в структуре депрессивного синдрома. Обращают на себя внимание элементы структурных нарушений мышления в виде фиксации на малозначительных деталях, противоречивых суждений, единичных негрубых смысловых соскальзываний, а также появлений тенденций к нарушению мышления по содержанию (объяснение изменений своего самочувствия псевдомедицинскими заключениями). Диагноз: «шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F25.2)», сопутствующий диагноз: «синдром зависимости от сочетанного употребления наркотиков и других психоактивных веществ, в настоящее время воздержание (ремиссия) (F19.20)».

В. А. Солдаткин:

– Игорь Александрович, а где же критерии шизоаффективного расстройства? В чем они выражены у пациента?

А. И. Ковалев:

– Виктор Александрович, разрешите, я поясню? Бредовой синдромально завершённой симптоматики мы у пациента действительно не находим, но структурные нарушения его мышления имеют тенденцию к формированию ипохондрического бредаообразования. В структуре расстройства имеются сенестопатии, которые сам пациент пытается трактовать витиеватыми псевдонаучными умозаключениями. Коль мне дали слово, попытаюсь ещё уточнить общую точку зрения отделения. Небольшая ремарка. Только сейчас у нас в отделении лежат три пациента, у которых психопатологические феномены развились вследствие употребления современных синтетических наркотиков. Это то, с чем нам придётся сталкиваться в ближайшее время всё чаще и чаще. В случае с Алексеем мы имеем некую генетическую детерминацию. С одной стороны, предположительно эндогенный процесс у матери. Да, диагноз ей никто не устанавливал, но уже то, что она круто изменила свои жизненные взгляды и с головой погрузилась в религию, при этом совершенно забыв свою материнскую роль (за все годы после развода единично общаясь с сыном, не проявляя никакого интереса к его жизни и судьбе), может наводить на мысль, что это заболевание, а не личностная

реакция здорового человека. С другой стороны, алкогольная зависимость у отца. Именно эти два фактора сыграли решающую роль в жизни нашего пациента. Но степень его генетической предрасположенности к эндогенному заболеванию, по-видимому, была не столь выражена, и если бы он не употреблял ПАВ, то, возможно, никогда бы и не заболел. То, что он столько лет, регулярно принимая разнообразные ПАВ, не манифестировал психотически, также говорит в пользу низкой его генетической пенетрантности. Не вызывает сомнений шизоформность расстройства у нашего пациента. Выставить диагноз такому пациенту просто «атипичная депрессия» у нас рука не поднимается, в силу того что мы говорим о прогнозе. А прогноз здесь явно процессуальный.

В. А. Солдаткин:

– Так все же, какой синдром?

А. И. Ковалев:

– Синдром все-таки атипичный депрессивный.

В. А. Солдаткин:

– А нозологически?

А. И. Ковалев:

– Нозологически также считаем, что это шизоаффективная средне-прогредиентная шубообразная шизофрения. В пользу этого диагноза говорят достаточно выраженные негативные изменения личности (достигающие объективно-определяемых – это III уровень психопатологических кругов, по А. В. Снежневскому). Уже этого достаточно, чтобы исключить малопрогредиентную шизофрению, при которой такой уровень личностных расстройств возникает лишь спустя много лет течения заболевания. И если ничего не притягивать за уши, то у нашего пациента не было и характерного для малопрогредиентной шизофрении инициального периода в пубертате. Он рос здоровым ребенком, но в условиях выраженной гипоопеки. И потребление ПАВ начал именно в рамках реакции группирования со сверстниками. При этом не было грубой социальной дезадаптации. Он продолжал успешно учиться в школе. Смог пройти по конкурсу в два престижных вуза. Безусловно, этот пациент сложен в диагностике, так как он не укладывается в существующие классификационные нормы. Тем не менее мы считаем, что по формальным признакам у нас были основания выставить диагноз и по МКБ-10, где указывается, что одновременно должна присутствовать шизофреническая и аффективная симптоматика. Клинически

очерченная депрессия у пациента развилась с осени 2016 г. Можно предполагать, что этому предшествовала затяжная гипомания, но четких данных у нас по этому поводу нет. Что же касается шизофренической симптоматики, то она также, безусловно, существует, но не продуктивная, а негативная. В МКБ-10 есть ссылка, что в рамках шизоаффективного расстройства достаточно одного симптома из группы G1. В данном случае это «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что у нашего пациента присутствует в полном объеме. Но МКБ в данном случае не отражает в полной мере все проблемы нашего пациента. Поэтому с позиций нозологической классификации мы можем говорить о преманифестном состоянии средне-прогредиентной шизофрении. Все же базовыми симптомами шизофрении являются негативные, а не продуктивные симптомы. И, оценивая их, мы прежде всего строим прогноз заболевания. Но и в классические формы нозологической классификации А. В. Снежневского этот пациент не укладывается, так как относится к той категории больных («новой синтетической генерации»), с которой нам в ближайшее время предстоит иметь дело достаточно регулярно.

А. Я. Перехов:

– Сегодня редкий случай моего принципиального несогласия с выставленным отделением клиническим заключением, и это несмотря на наше с А. И. Ковалевым единое методологическое мировоззрение и очень редко встречающиеся разногласия. Правда, это касается только так называемого двойного, или коморбидного, диагноза, в части наркологии. Я категорически не согласен с диагнозом «синдром зависимости от наркотических ПАВ». Следуя логике, что регулярное употребление ПАВ приводит к болезни, можно такой же диагноз поставить большинству здесь присутствующих, но только в отношении зависимости от алкоголя. Я думаю, докладчиков смутило, что пациент употребляет именно «официальные» наркотики, а не разрешенный пищевой наркотический продукт алкоголь. Для того чтобы выставить диагноз зависимости, должен быть в наличии большой наркоманический синдром, а клинических его проявлений тут нет. Можно говорить лишь о «наркотизме», как это предлагал А. Е. Личко.

В отношении основного, ведущего диагноза. У пациента продуктивная симптоматика не имеет четко завершенной синдромальной структуры, что всегда приводит к сложностям типирования статуса. Ведь нозологический

диагноз выставляется в психиатрии на основе совокупности продуктивных, негативных, когнитивных синдромов, именно от него зависит прогноз и если не статусная терапия, то рекомендации по профилактическому лечению. Все же вначале о продуктивных расстройствах. Они исчерпываются атипичной по структуре нетяжелой депрессией непсихотического уровня. Что касается других признаков, то они выступают в роли симптомов. Это и визуализация представлений, и отдельные иллюзии. Их присутствие и их трактовка и определяют атипичность, но это не синдромы нарушения восприятия. Тем более что не было и намеков не только на психозы, но и на квазипсихозы. А галлюцинаторные эпизоды носили, безусловно, экзогенно-токсический характер. Я хотел бы остановиться на присутствующих в клиническом состоянии проявлениях изменений личности, или негативных симптомах. На мой взгляд, они видны невооруженным глазом. По «кругам» А. В. Снежневского, на 100% присутствуют субъективные ощущения выраженных собственных изменений, которые иногда называют «негативной деперсонализацией». Присутствуют, но не абсолютно и критерии следующего уровня изменений личности – «объективно определяемых» в виде необычности и странности поведения, внешнего вида, а самое главное – мотивационных и мыслительных нарушений. Структурные нарушения мышления хорошо видны в клинической беседе, особенно в моменты монологов пациента. И без психологического эксперимента видны разноплановость, резонерство, парадоксальность в суждениях пациента, которые за счет высокого интеллекта иногда выглядят просто наукообразными. Теперь о нозологическом диагнозе. Согласно презумпции психического здоровья мы, к сожалению, можем утверждать, что пациент явно болен, а не имеет только психологические проблемы. Уровень расстройства – непсихотический. Опять же, согласно презумпции менее тяжелого психиатрического диагноза, нельзя выставлять диагноз «шизофрения» (например, инициальный период классической параноидной). Нет достаточных оснований и для диагноза «шизоаффективное расстройство» (для рекуррентной шизофрении здесь отсутствует психотическая симптоматика, для биполярного расстройства – выраженные аффективные состояния). Вообще по МКБ-10 возникает проблема, так как полного набора симптомов для диагноза «расстройство шизофренического спектра» нет. В традиционной классификации Снежневского, Наджарова, Авруцкого, Тиганова это вялотекущая или близкая к ней малопрогредиентная

шубообразная шизофрения; градация между ними – наличие депрессии либо в приступе, либо в структуре неврозоподобных переживаний. В отличие от онкологии, клинико-этические основы психиатрии требуют от нас явной доказательной базы в отношении «тяжелых» стигматизированных психиатрических диагнозов, поэтому в психиатрии разрешена фактически гиподиагностика, в отличие от той же онкологии, где пациента сразу же пугают диагнозом «злокачественная опухоль», например, и каждая большая родинка может объявляться потенциальным предраком.

Немного о психологической проблеме, которая явно звучит во всех высказываниях пациента. Он уже достаточное время находится в экзистенциальном кризисе, спровоцированном давно тлеющим процессом эмоциональных и личностно-мотивационных изменений. Именно нарастающие внутренние, а не внешние проблемы, которых и не было фактически, привели его к попытке справиться с ними с помощью стимулирующих, а не седативных психоактивных веществ. Из двух путей, которые он видел в семье, он выбрал путь отца с его алкоголизацией, а не путь аутистического ухода матери в секту. Именно подсознательное нежелание апатического ухода в себя привело к стимуляторам каннабиноидного ряда, которые, на мой взгляд, интуитивно могли использоваться для большей экстраверсии; неслучайно галлюциногены испугали пациента: он не хотел полного ухода из этого мира – он хотел в нем удержаться. Я выскажу спекулятивную точку зрения, что на каком-то этапе ПАВ могли иметь саногенный, а не патогенный характер, они помогали консолидировать медленно разрушающееся внутренне «Я», но на последнем этапе болезни они уже становятся фактором утяжеления расстройства. Именно сдерживание процесса стимуляторами привело к тому, что мы видим явную клинику шизотипии не с пубертата, а только в последний год. Сомнений, что это эндогенное заболевание, у меня нет. Но в плане окончательного диагноза я сам себе сейчас буду противоречить. Если учитывать только продуктивную симптоматику, то это атипичная по структуре периодическая депрессия, но если учитывать негативную симптоматику, которая безусловно есть, но не достигает степени всех «А», по Блейлеру, то перед нами *вялотекущая, или малопрогредиентная шубообразная шизофрения, благо, что оба этих варианта сливаются в МКБ-10 в единый диагноз «шизотипическое расстройство»*. В психиатрии диагностика по внешности, по морфенотипу занимает последнее место в ряду доказательств, однако работы Кречмера в этом направлении мы

помним и даже упоминаем в своих лекциях. Длинные тонкие пальцы музыканта, высокий лоб, скудное оволосение на лице – не основание для диагноза, но косвенное указание на то, что эндогенный процесс в виде патоса, а не нозоса начался очень и очень давно, фактически уже в раннем онтогенезе.

В. В. Мадорский:

– Я бы хотел сосредоточиться не столько на диагнозе, сколько на том, что с ним делать. Нам нужно, кроме диагностики и лечения, еще понять, как вытащить пациента из всех этих патологических фантазий и направить по принципу: «А теперь забудьте индукцию и дедукцию, давайте продукцию». В этой ситуации первая вещь, которую надо сделать, это попытаться вместе собрать маму и папу, объяснить им, куда идет сынок, может быть, и утрировать где-то: если сын еще не пришел, то идет к шизофрении. И, договорившись между собой, родители должны определить для него правила и взять на себя ответственность по направлению его в жизни. Это те вещи, которые необходимо делать.

В.Д. Менделевич:

– Должен заметить, что для меня восприятие пациента в процессе личного общения (разбора) не совпало с «картинкой», которая сформировалась при ознакомлении с историей его болезни. Априори я склонялся к тому, что у пациента шизофрения, поскольку врачами описывались патогномоничные для этого заболевания качественные расстройства мышления – паралогия, разорванность, соскальзывания, разноплановость. Однако в процессе беседы с пациентом, несмотря на наличие перечисленных симптомов, я не увидел признаков шизофрении. Первое, что обратило на себя внимание, – это синтонность пациента, то есть эмоциональное созвучие ситуации, умение устанавливать «теплые отношения» с собеседником. От пациента не «вело холодом», не было признаков эмоциональной отгороженности, аутистичности. Он к месту шутил, иронизировал, адекватно реагировал на свои и чужие шутки. В процессе беседы признаки нарушений мышления не носили постоянного характера. Они появлялись исключительно тогда, когда пациент описывал

тревожившие его ощущения – зрительные образы и дискомфорт в кишечнике. При вопросах о жизни, наркотизации и о не касающихся перечисленных неприятных ощущений пациент не был склонен к рассуждательству. Тогда же, когда речь заходила об ощущениях, у пациента

отмечалась склонность к детализации, витиеватости, философствованию и даже аморфности мышления. Однако явных признаков качественных расстройств не обнаруживалось (это было подтверждено и в процессе патопсихологического исследования). Следует отметить, что феномен, обозначенный лечащим врачом как зрительные галлюцинации, признать таковым неправомерно, потому что пациент относился к ним критично, понимал, что это образы и они не обладают качествами реального объекта. Можно утверждать, что это не галлюцинации, а визуализированные образы, или иллюзии. Стоит заметить, что они совпадали с теми образами, которые появлялись у пациента при наркотическом опьянении. В таком случае можно говорить о «флешбэках», являющихся типичными признаками отдаленных последствий употребления психостимуляторов и галлюциногенов. Я бы не закладывал этот феномен в основу диагностики какого-либо иного (к примеру, эндогенного) расстройства. Обсуждавшаяся тема наличия у пациента депрессии приводит к заключению об отсутствии доказательств клинически очерченных депрессивных симптомов и синдрома. Их не было видно и в процессе клинической беседы. Нет данных о фазности течения настроения в анамнезе. Быструю смену настроения можно объяснить психотропным эффектом наркотиков. Я бы хотел разделить то, на что обращал внимание пациент, и то, на что обращаем внимание мы, клиницисты. Он фиксировал внимание на зрительных образах и других неприятных ощущениях (например, в кишечнике), а мы обращаем внимание на их неадекватную (с нашей точки зрения) интерпретацию, которая внешне очень похожа на качественные расстройства мышления. И вот здесь начинается то шизофреноподобное, которое бросается в глаза. Пациент рассказывает о своих ощущениях излишне детализированно, с элементами паралогии и разорванности, но при этом в других областях общения его мышление остается логичным, последовательным и продуктивным, то есть нормальным. Данный факт, с моей точки зрения, противоречит диагностическим критериям расстройств шизофренического спектра. Так мышление при шизофрении «расслаиваться» не может. Мне эти особенности пациента легче либо понять сквозь призму его характерологических и личностных особенностей, связанных с его математическим складом ума и склонностью к построению абстрактных конструкций, либо можно предложить еще один ракурс возможности интерпретации особенностей мышления пациента. Представим, что нам стало бы известно, что он продолжает употреблять ПАВ (психостимуляторы), и

зададимся вопросом, могут ли подобные «шизофреноформные» расстройства мышления входить в структуру наркотического опьянения? Убежден, что большинство специалистов согласятся с тем, что для наркотического опьянения типичны расстройства мышления в виде разноплановости, непоследовательности, соскальзывания, резонерства. Получается, что вопрос переходит из сущностной во временную плоскость – как долго могут сохраняться подобные расстройства мышления у пациента, длительно принимавшего ПАВ? Напомню, что на момент клинического разбора у пациента отмечается кратковременный период воздержания от наркотиков – всего 2,5 месяца. Достаточно ли это для полного восстановления его нейрофизиологического состояния? Некоторыми участниками дискуссии высказывалось мнение, что у пациента обнаруживаются не признаки шизофрении, а признаки, позволяющие диагностировать шизотипическое расстройство. С моей точки зрения, для этого также нет оснований. Для диагностики шизотипического расстройства необходимо обнаружение не только и не столько расстройств мышления, сколько аутизации. У пациента же аутизации нет. Кроме того, для диагностики данного расстройства важен критерий длительности. У пациента же ничего подобного не отмечалось. Вывод лечащих психиатров о том, что у пациента обнаруживается шизоаффективное расстройство, также не может быть признан обоснованным, поскольку в клинической картине отсутствуют основополагающие диагностические критерии (по МКБ-10): нет клинически подтвержденных признаков обнаружения депрессивных и/или маниакальных синдромов, отсутствует фазность, этапность протекания расстройства. Еще один диагностически важный вопрос: почему психопатологическое состояние вдруг (за месяц нахождения в клинике) существенно улучшилось без применения психотропных препаратов? Трудно себе представить, чтобы расстройства шизофренического спектра так самопроизвольно редуцировались. Я задаюсь вопросом: а может быть, это связано с удлинением периода воздержания от ПАВ? В силу всего вышеперечисленного я склоняюсь к тому что в случае с пациентом Алексеем мы имеем дело с *резидуальным психотическим расстройством (с поздним отставленным дебютом) Flx.75, связанным с употреблением психоактивных веществ*. МКБ-10 предоставляет нам возможность диагностики следующих вариантов этого расстройства: 1) психотические реминисценции, 2) «флешбэк», 3) стойкое когнитивное нарушение и 4) шизофреноподобное расстройство. Думаю, что у

обследованного отмечаются элементы каждого из перечисленных симптомов и синдромов. Следует иметь в виду, что традиционно данное расстройство длится до шести месяцев. Кстати, у нас нет никаких оснований говорить о наличии у пациента синдрома зависимости от употребляемых ПАВ. Обратим внимание на то, что на сегодняшний день прошло очень мало времени с момента последнего употребления пациентом ПАВ – давайте не будем торопиться, тем более что у пациента вообще нет основополагающих симптомов шизофрении. Предлагаю вернуться к анализу данного клинического случая через полгода. Динамика ситуации позволит нам убедительнее отвергнуть или подтвердить у пациента шизофрению. Понятно, что я склоняюсь к первому варианту. Наиболее проблематичным развитием ситуации я считаю возвращение пациента к употреблению ПАВ: в таком случае мы вновь окажемся перед сложной диагностической дилеммой.

Ю. П. Сиволап:

– Отлично подготовленный материал, великолепная работа отделения, но с диагнозом своих уважаемых коллег я категорически не согласен. Здесь нет зависимости, хотя бы потому, что человек употреблял вещества, которые не вызывают зависимость. Амфетамины вызывают зависимость у 30-40% постоянных потребителей. Галлюциногены не вызывают зависимости вообще. Зависимости у пациента нет – есть употребление психоактивных веществ с вредными последствиями. Я не берусь говорить, что Алексею помогали эти вещества, хотя мы видим в этом случае, что парень пытался улучшить свои церебральные функции с помощью этих веществ. У него есть проблемы с мышлением, и попытки употребления ПАВ ему, скорее всего, навредили. Что касается диагноза основного заболевания, по МКБ-10, как и критериям DSM-5, у парня нет шизофрении. Существует так называемый симптом Рюмке, «чувство шизофрении». Но недопустимо вешать на пациента зловещую социальную стигму! Мы не можем на основании наших ощущений, а не четких критериев диагностики ставить диагноз «шизофрения». Он нездоров, у него есть нарушения настроения, нарушения мышления по шизофреническому типу, но, как показано в заключении психолога, они у него компенсированы, мы не видим грубого нарушения процесса обобщения, и в целом его мышление сохранено. Нам всегда интересно покопаться в пациенте с помощью психологических тестов, но даже если бы у парня были очевидные формальные нарушения мышления по шизофреническому типу – это не клинический симптом, это не критерий шизофрении. Симптоматики

шизофрении здесь нет – есть особенности шизотипического склада, наверное, не достигающие степени шизоидной психопатии. Существуют такие кейсы, которые очень трудно диагностически оформить. Допустим, *употребление психоактивных веществ с пагубными последствиями, расстройство настроения.*

В. А. Солдаткин:

– Хотя хочу быть кратким, начну все же несколько издалека. Когда мы говорим о психических расстройствах, возникающих у потребителей психоактивных веществ (если эти расстройства не лежат четко в органической или психогенной плоскости), всегда возникает две версии. Первая состоит в проявлении эндогенного заболевания («наркотик – провокатор болезни, к которой и так существовало предрасположение»). Вторая – эндоформная клиника является следствием воздействия психоактивных веществ. Понятно, что во многом оценка ситуации конкретным врачом зависит от его медицинской, даже, возможно, философской концепции в этом вопросе. В этом споре едва ли возможно однозначное принятие единственно правильного решения. При всеобщем признании роли генотипа в возникновении ряда хронических психических расстройств очевидно, что «сила» патогенного воздействия ПАВ в последнее десятилетие возрастает. Очевидно, что селекционные сорта конопли, содержащие более высокую концентрацию ТГК и низкую каннабидиола, легче приводят к возникновению психозов. Появление «спайсов» и «солей» – дизайнерских наркотиков – заметно изменило наши представления о шизофреноподобных клинических картинах (чего стоит один только термин «спайсофрения»!).

Относится ли эта дилемма к пациенту, с которым мы сейчас беседовали? Вне всякого сомнения. Клиническая картина расстройства неразрывно связана с наркотизацией и в то же время имеет признаки, заставляющие думать о шизофрении. Почему? Объясню свою точку зрения.

В соответствии с законами методологии диагностического процесса вначале надо оценить психопатологический синдром. И лечащий врач, и сам пациент весьма четко обозначили снижение настроения, апатию, безразличие, заторможенность, тревогу, навязчивые сомнения. Эти же признаки хорошо описаны в психологическом портрете. Заметной частью феномена являются ассоциативные нарушения – на мой взгляд, в данной ситуации можно продемонстрировать чуть ли не все труды Блейлера. Резонерство, витиеватость, выхолащанность и бесплодность мышления – вот проявления,

которые можно убедительно выявить у больного. Его парамимии и паракинезии (стереотипные, манерные, угловатые) иначе, как мягкой кататонией, не назовешь. Есть в синдроме и проявления более «высоколежащих» регистров: деперсонализация, элементарные обманы восприятия, однако на сегодня, полагаю, уверенно и доказательно мы можем говорить лишь об атипичном депрессивном синдроме. Есть ли психологическая понятность этой депрессии? Быть может, это проявление дезадаптации у человека, достаточно длительно употреблявшего психоактивные вещества, с развитием соответствующих проблем? Не думаю. Наркотики перестали уберегать его или, как он сам выразился, перестали «давать меч его эмоциям». Они вышли из-под контроля, и не только эмоции, но и мысли, и воля – это и есть «интрапсихическая атаксия». Как образно и в то же время понятно описывает он стихийное «перемещение пластов его души»! Этого пациента образно можно сравнить со льдиной, которую несет по воле волн, и несет уже лет так восемь – с пубертата. И это не путь неустойчивой личности, у которой развилась наркомания и психопатизация по возбудимому типу, – это нечто другое.

Ведь давайте посмотрим: несмотря на пренатальные вредности (гестоз, гипоксию), мы видим умного, успевающего мальчика без явных особенностей в развитии (кстати, нейровизуализация подтверждает структурную сохранность его головного мозга). Он обладает неустойчивой акцентуацией без каких-либо явных проблем с коммуникацией. Откуда же сейчас явная шизоидность, описываемая психологом? Откуда замысловатые, витиеватые, «многослойные» умозаключения с интерпретацией «щелчков нейромедиаторов»? Как объяснить многолетний, достаточно «плотный» режим потребления разнообразных ПАВ без признаков зависимости? Рекреационным его не назовешь... Полагаю, ответ на эти вопросы один – это медленное, исподволь, развитие расстройства, приводящего к постоянному дискомфорту, нарушению эмоционально-волевой регуляции и ассоциативной стройности. Оно обуславливало поиск путей «самопомощи», и аддиктивная наследственная отягощенность, неустойчивая акцентуация и особенности воспитания определили приемлемый путь – путь наркотизации. Я не вижу в клинике синдрома зависимости, нет абстиненции, как нет и отчетливой эйфории. Мотив приема ПАВ здесь особый – «стройность эмоций и мыслей», и, видимо, без наркотического воздействия состояние эмоциональной и ассоциативной сфер было удручающим... Думаю, речь может идти о вторичной

симптоматической наркотизации, которая шла вслед за развитием основного процесса: обратите внимание, как после длительного приема конопли (которая, кстати, у него практически никогда не обладала смешливым эффектом) он легко перешел к приему психостимуляторов, эмпатомиметиков и галлюциногенов. Мы можем полагать, что на разных этапах болезни менялся аффективный полюс и это требовало иных способов «самокоррекции». Кстати, еще раз хочу акцентировать: раз нет убедительного синдрома зависимости, и с этим согласны почти все выступавшие, крайне шаткими выглядят все попытки связать нынешнюю устойчивую психопатологию с наркопотреблением. Да, в литературе есть немало работ о психозах у потребителей ПАВ, в основном конопли и амфетаминов. Оба вещества обладают достаточно мощным воздействием на все нейромедиаторные системы, чтобы вызвать яркий дисбаланс, сопровождающийся внешне психозом. Как правило, речь идет об устойчивом приеме одного вещества, и стоит допустить, что при развитии зависимости этот прием и впрямь может «пробить барьер психической адаптации» (цитируя академика Ю. А. Александровского). При этом, как правило, психоз (в литературе описываются параноидная настроенность, слуховые и зрительные галлюцинации – при амфетаминовых, например, психозах) возникает на высоте приема доз (в нашем понимании – интоксикационный психоз) или сразу после прекращения наркотизации (в нашем понимании – психоз абстинентный); всегда обращается внимание на то, что сохранение психопатологии более четырех недель после прекращения наркотизации – довод в пользу «первичного психотического заболевания». Но в ситуации, о которой мы говорим сегодня, нет психоза! Мне не доводилось читать об атипичном депрессивном состоянии со структурными нарушениями мышления и кататоническими вкраплениями как следствии злоупотребления (не зависимости!) ПАВ. Об устойчивом тренде приема одного вещества у Алексея говорить не приходится; условия возникновения болезненного состояния не соответствуют тем, которые бы доказательно позволили нам говорить о причинно-следственной связи расстройства психики с наркотиком. Все это заставляет думать об эндогенном процессе, который, с одной стороны, «маскировался» приемом ПАВ, а с другой – являлся его внутренней причиной и фактором, придающим своеобразие.

Обратите внимание на признаки, выявленные психологом (да, негрубые, нечеткие, но не надуманные): расплывчатость мышления, фиксация на

малозначимых деталях, негрубые смысловые соскальзывания, нарушения саморегуляции, заострение шизоидных черт. Это подтверждает диагностическую гипотезу о процессуальном заболевании. Полагаю, Алексей болен *малопрогредиентной шизофренией с симптоматической наркотизацией*. А вот по МКБ-10 для диагноза «шизофрения» критериев нет; недостаточно их и для «шизотипического расстройства». Поэтому по этой классификации не вижу возможности поставить другого диагноза, кроме «депрессивный эпизод». Впрочем, большинство собравшихся в аудитории – сторонники нозологического подхода, национальной классификации. Пациент требует катамнестического наблюдения. При этом, не скрою, я буду рад, если через полгода без употребления ПАВ перед нами предстанет психически здоровый молодой человек. Но в этом есть обоснованные сомнения...

В лечении Алексея, без сомнений, необходим комплексный подход, психофармакотерапия должна сочетаться с психотерапией, к которой он, полагаю, восприимчив. Что касается психофармакотерапии, то антидепрессант и нейролептик должны составлять ведущую силу. Из атипиков я бы выбрал кветиапин, из антидепрессантов – СИОЗС или СИОЗСН.

Коллеги, выходя из зала, пациент передал, что он хотел бы после нашего обсуждения сделать заявление.

Пациент, вернувшись в аудиторию:

– Если у меня появилась возможность находиться перед таким большим количеством специалистов, я хотел бы предложить стать предметом исследования, если кто-то захочет. Если я могу каким-то образом сделать вклад в науку, сделать полезное дело, я буду рад. *(В зале поднимается одна рука (психолог Мурина И. В.)).*

Чужая среди чужих

Одним из наиболее загадочных психических расстройств, участившихся в последнее десятилетие, стало пограничное расстройство личности (ПРЛ). Все больше пациентов оказываются в поле зрения психиатров с симптомами селфхарма (самоповреждений). Как правило, это подростки, которые таким способом пытаются решить собственные душевные проблемы, избавиться от тягостных переживаний. Пациенты с селфхармом, относимым к так называемому парасуицидальному поведению, в рамках ПРЛ стали все чаще жаловаться на наличие у них «голосов». Данный факт привлек внимание ученых, поскольку противоречил канонам психиатрии, в соответствии с которыми психотические симптомы (например, «голоса» – галлюцинации) не могут входить в структуру непсихотических расстройств, к которым относят все личностные расстройства.

Следует признать, что мировая психиатрия за последние десятилетия стремительно изменяется: исчезают одни диагнозы, появляются другие, пересматриваются критерии диагностики и делается допущение о том, что у практически здоровых людей могут возникать психозоподобные феномены. Принятие новых международных классификаций психических и поведенческих расстройств, фиксирующих данные изменения, приводит к парадигмальным сдвигам в умах психиатров, разрушающим казавшиеся непоколебимыми каноны профессии. Классическая психиатрия сегодня воспринимается как анахронизм. Происходит не только размывание границ нормы и психопатологии, но и разрушение основополагающих представлений о нозосе и патосе, эндогенном, экзогенном и психогенном, психотическом и непсихотическом.

Известно, что при некоторых невротических (например, при диссоциативных) расстройствах психозы (синдром Ганзера) могли регистрироваться и ранее, но при их появлении диагноз с невроза менялся на психоз [1]. Сходное явление наблюдалось при личностных расстройствах (психопатиях), когда фазы определялись на основании аутохтонно возникавших преходящих психотических приступов, но рассматривались не как обострение конституциональных особенностей, а как появление новых качественных характеристик психопатологии. В связи с этим П.Б. Ганнушкин [2] утверждал, что остро стоит вопрос о тождественности или различии этих

явлений и что механизмы, лежащие в основе естественного развития психопатической личности, не соответствуют механизмам возникающих время от времени психотических приступов, которые, по мнению автора, присоединяются к шизоидной или эпилептоидной конституции при возникновении соответствующих им прогрессивных заболеваний – шизофрении и эпилепсии.

Следует отметить, что в преамбуле к МКБ-10 указано, что традиционная дифференциация между невротами и психозами теперь не должна использоваться, и вместо того чтобы следовать дихотомии невроз – психоз, расстройства теперь мы должны группировать в соответствии с основными общими характеристиками и описательной схожестью [3].

На нынешнем этапе развития психиатрии классические представления кардинально изменились. Как мы уже отмечали, наиболее ярко эти пертурбации можно отследить на примере ПРЛ, при котором появление в клинической картине заболевания вербальных галлюцинаций оказывается скорее правилом, чем исключением [4-11]. Утверждается, что частота их появления при ПРЛ достигает 27-40% [5, 6]. В научной литературе ведется острая дискуссия о том, могут ли эти симптомы быть составной частью ПРЛ или же их появление в клинической картине должно привести к смене диагноза на шизофрению или биполярное аффективное расстройство. Фактически встает вопрос об ошибочной диагностике или о новой реальности – признании факта непротиворечивости появления психотического в рамках непсихотического.

В качестве клинического примера приведем следующее наблюдение.

Карина Ш., 16 лет. Обратилась к психиатрам «под давлением» матери, заметившей изменившееся поведение девочки и склонность наносить себе повреждения. Себя психически больной не считала, хотя и признавала, что поведение ее не всегда носило адекватный характер. В частности, отмечает, что иногда совершает действия, которые «можно считать странными»: «Ем кожу вокруг ногтей и сами ногти, в том числе и на ногах; постоянно бегаю туда-сюда, прыгаю с места, дрыгаю конечностями; при перевозбуждении вместе с беготней улыбаюсь без причины и иногда мычу; трудности с чтением книг, просмотром видео, прослушиванием музыки; отмечается забывчивость и фрагментарная и очень избирательная память; появление отдельных звуков, которые на самом деле не звучали (знаю, так как проверяю возможные источники звуков), иногда слышу, что меня зовут, возможно, это скорее

связано с эффектом шума; мысли и внутренний голос, часто обращающийся ко мне во втором или третьем лице».

Анамнез жизни и болезни. Росла и развивалась без особенностей. Своего биологического отца не знает, проживала с мамой и бабушкой в одной квартире. В школе училась хорошо, но отношения с одноклассниками не складывались, из-за чего даже пришлось сменить школу. Одноклассники негативно относились к Карине, третировали ее, подсмеивались, считали «неадекватом». Учителя рекомендовали ей занятия с психологом. С начальной школы хорошая успеваемость была по математическим дисциплинам, вследствие чего Карина неоднократно участвовала в региональных олимпиадах, завоевывала призовые места. Помимо этого, интересовалась историей, культурой различных стран, позднее мифологией. Пыталась вовлечь в свои интересы одноклассников, однако учителя рассказали ее матери о том, что те не понимали и не принимали Карину, «что неудивительно, поскольку она рассказывала окружающим о странах и их столицах, а это мало кого интересовало».

Параллельно с учебой увлекалась изучением сначала арабского, а затем японского языков. Интерес к арабскому был связан с религиозностью бабушки, а бабушку разочаровать она очень боялась. В тот период все же увлеклась религией, но к 11 годам «вера в Бога была утеряна». В 12-летнем возрасте стала активно общаться в социальных сетях с новыми знакомыми, но почувствовала негативное к себе отношение «из-за национальности». Любила экспериментировать со своим профилем в социальных сетях, в частности уже с 12 лет в ее профиле не стояло реальное имя («у меня была какая-то странная ненависть к своему имени»). Представлялась там мужским именем, а через некоторое время создала профиль от мужского имени и стала знакомиться с новыми людьми от лица мальчика. Матери и бабушке крайне не нравилось увлечение Карины социальными сетями. «Они считали, что сетевые друзья дурные и что там следует писать только то, что у нас все хорошо, и не позорить свой род». Все странички жестко контролировались матерью, и Карине «сильно влетало за то», что она там «материлась или плохо отзывалась о родителях».

После того как мама повторно вышла замуж, обстановка в семье накалилась. Отчим крайне плохо обращался с Кариной, обзывал, бил. Как-то раз избил ее за то, что она попросила его вынести мусор. Когда мама родила от отчима

сына и семья стала жить в съемной квартире на другом конце города, Карина осталась с бабушкой. Отношения с ней тоже не складывались: часто ругались, и бабушка поднимала на нее руку. Кроме того, заставляла Карину молиться по ночам, что той не нравилось.

Учитывая то, что сверстники из школы не принимали Карину в свою компанию, она решила завести друзей в интернете. Первый молодой человек был на четыре года старше и неоднократно настаивал на сексуальных отношениях, угрожал приехать к ней («писал, что мастурбирует на меня»). Посчитала, что сама виновна в том, что ее затянуло в такие странные отношения с кем-то намного старше ее («мне просто очень хотелось хоть чьего-то внимания, сочувствия, поскольку отношения в семье были тягостными»). Иногда возникала мысль, что лучше стать мальчиком, способным постоять за себя. В тот же период дед со стороны отчима пытался совратить Карину. Только тогда вспомнила и поняла, что в детстве тоже однажды подверглась сексуальному насилию со стороны одноклассника («в то время у меня не было никакого понимания того, что происходит»).

Тяготилась и неспособностью влиться в коллектив сверстников, и быть в одиночестве («я сильно, очень сильно привязываюсь к людям, но через месяц-два они все уходят. Они все говорят, что не кинут, и кидают, но каждый раз очень больно, как в первый раз», «через какое-то время я покидаю компанию своих друзей, и меня настигает абсолютное одиночество. Появлялся, конечно, собеседник на месяц, но потом опять все как прежде»). Ни с одним человеком Карине не удавалось установить длительные и устойчивые отношения, причем первое время после знакомства испытывала в общении с новым знакомым чувство единения, свободу, возможность обсудить самые сокровенные мысли. Через какое-то время после того, как «привязывалась» к этому человеку, происходило разочарование и охлаждение. Чувствовала себя неполноценной и потерянной. Отмечала резкие изменения в настроении (оно могло меняться каждые два часа).

Карину беспокоило будущее, и ей было страшно идти в 11-м класс из-за того, что одноклассники опять начнут ее третировать. Кроме того, пропало желание куда-либо поступать и сдавать какие-либо экзамены. Не было желания учиться, хотя раньше отмечались блестящие результаты («я ничего уже от жизни не ждала, доживала день за днем»). В какой-то момент она перестала истязать себя вопросом о том, почему ее ненавидят и каждый раз предают и бросают люди. При этом считала себя отвратительным и отталкивающим

человеком. И все же отчетливого стремления уйти из жизни не имела и никогда не предпринимала явных суицидальных попыток.

Впервые акты самоповреждения появились на фоне натянутых отношений с родственниками и сверстниками. Это проявлялось по-разному: иногда пыталась себя задушить, задохнуться угарным газом, утопиться. Но это нельзя было назвать осознанными попытками уйти из жизни («просто на душе было погано»). Понимала, что это является способом справиться с чувством одиночества и отторжения себя самой. Затем поняла, что проще и эффективнее всего для успокоения наносить порезы на руке. Для этой цели покупала лезвия и «резала руки» обычно в уединенных, малозаметных для окружающих местах. После самоповреждений всегда становилось «легче на душе, отпускало». Карину раздражало, что окружающие, увидев шрамы на запястье, называли ее эгоисткой и «никто даже не думал понять и посочувствовать».

Из того, что волновало Карину: обратила внимание на периодическое появление непонятных звуков («как будто слышу посторонние негромкие голоса в голове, которые комментируют мои поступки и советуют, как поступить»). Отношение к «голосам» носило двойственный характер: с одной стороны, девушка осознала, что их в реальности не существует и что это «галлюцинации», с другой – воспринимала их как «озвучание внутреннего диалога», поскольку «голоса» не принадлежали кому-либо конкретному и советы «голосов» она не принимала в расчет.

Психический статус. При общении с врачом в глаза не смотрит, тербит одежду, ерзает на стуле. На Карине широкий свитер и брюки оверсайз черного цвета, волосы очень коротко пострижены. Говорит с раздражением, отрывочными фразами. Отношение к необходимости лечиться двоякое: соглашается, что «нужно избавиться от душевной боли, пустоты внутри, бессмысленности жизни и надоело себя резать», не отказывается от приема лекарств, но не считает, что это может помочь. Соглашается с мнением мамы, что основная проблема – это «голоса», которые, как им сказали, являются признаком серьезного психического расстройства («возможно, даже шизофрении»). По этому поводу проходила терапию с применением антипсихотиков, которые «только ухудшили общее самочувствие и никак не подействовали на галлюцинации». При воспоминании о неудачных курсах психофармакотерапии раздражается, считает, что не является «такой уж

психбольной, чтобы ее пичкать нейролептиками». С неудовольствием вспоминает о годах, когда окружающие неоднократно ее обманывали, третировали, не замечали. Об этом говорит так эмоционально и заинтересованно, как будто это происходило на днях. Фиксирована на плохих отношениях с матерью и другими близкими, не испытывая родственных чувств к ним. Считает себя одинокой и малоприспособленной к жизни. Мышление последовательное, без признаков резонерства, разорванности, аморфности или соскальзываний. Бредовых идей не обнаруживается. Интеллект высокий, память и внимание в норме. Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена.

Обсуждение

В описанном клиническом случае обращает на себя внимание появление в клинической картине пограничного расстройства личности (непсихотического состояния) обманов восприятия, которые пациентка обозначала как «голоса». Они возникали периодически, с проекцией внутри головы, и не воспринимались как сходные с обычными звуками. Критичность к ним носила двойственный характер: с одной стороны, пациентка не считала их реальными и принадлежащими кому-либо из посторонних, обозначая как «внутренние голоса», с другой – была убеждена в том, что это не вымысел. Карина страшилась «голосов», считала, что под их влиянием теоретически могла совершить что-то нехорошее, например нанести самоповреждения. При этом «голоса» воспринимались как что-то чуждое, мешающее и патологическое в отличие, например, от желания нанести самоповреждения, воспринимавшиеся как самостоятельный, целенаправленный и контролируемый акт. Ни в одном из случаев не обнаруживалось бредовой интерпретации «голосов», и поведение Карины в эти моменты существенно не изменялось. Пациентка предъявляла жалобы на «голоса», искала у врачей помощи в избавлении от них, тогда как такого эмоционально окрашенного желания избавиться от самоповреждений не отмечалось.

В связи со сложностями квалификации психопатологических феноменов в конкретных клинических примерах значимым становился вопрос о дифференциальной диагностике вербальных галлюцинаций с иными формами обманов восприятия. В современной литературе высказывается мнение о том, что обманы восприятия при ПРЛ следует причислять не к галлюцинациям, а к псевдогаллюцинациям, но особого рода [7]. С нашей точки зрения,

вербальные галлюцинации при ПРЛ, несмотря на внутреннюю проекцию образа, не отражают суть понятия «псевдогаллюцинации», поскольку не обладают характером «сделанности», сопровождаются формальной критикой и не имеют бредовой интерпретации. В отечественной психиатрии подобные обманы восприятия традиционно обозначались как психические галлюцинации. Иногда использовался термин «галлюциноиды» [12]. По мнению В. И. Крылова [13], галлюциноиды не «вписываются» в реальную действительность, при них отсутствует чувство сделанности или наведенности, а отношение больных к образам критическое, с пониманием их нереальности. При них нередко происходит смешение понятия «звучание (собственных) мыслей» и «голоса».

J. Beatson [8] утверждала, что частое появление вербальных галлюцинаций в рамках ПРЛ может ошибочно диагностироваться как шизофрения или иной первичный психоз. Клинический опыт и растущее количество исследований показывают, что вербальные галлюцинации при ПРЛ часто имеют диссоциативное происхождение и коррелируют с детской травмой в анамнезе, ПТСР и повышенным уровнем диссоциации. Именно о таких психотравмах говорила Карина, вспоминая свое детство. Ученые справедливо отмечают, что при этом отсутствуют формальные расстройства мышления, нет негативной симптоматики и «причудливых симптомов», а пациент сохраняет прежнюю коммуникабельность.

По мнению В. Руднева [14], галлюцинации представляют собой один из механизмов защиты эго, относящихся к примитивным (первичным), или архаическим, защитным механизмам. Галлюцинации в этом случае выполняют функцию понижения тревоги, позволяя субъекту внутренние психологические переживания воспринимать как внешние физические явления.

По мнению М. Cavelti и соавт. [11], несмотря на то, что концепция пограничного состояния исторически связана с психозом, психотические симптомы у людей с пограничным расстройством личности долгое время считались нереальными, преходящими или «псевдо» по своей природе. Развенчивая этот миф, авторы сослались на исследования, показывавшие, что а) психотические симптомы в целом и слуховые вербальные галлюцинации в частности у людей с ПРЛ обнаруживают больше сходства, чем различий с симптомами у людей с психотическими расстройствами; и б) что одновременное возникновение ПРЛ и психотических симптомов является

маркером тяжелой психопатологии и риска неблагоприятного исхода (например, суицидальных наклонностей).

В ракурсе обсуждаемой проблемы особо следует остановиться на вопросе возможности появления психотических (психозоподобных) симптомов у практически здоровых людей. Традиционный психиатрический взгляд указывает на то, что при появлении подобных симптомов человек не может признаваться психически здоровым, поскольку именно наличие симптомов определяет диагностику, а не наоборот. При этом исследования психозоподобного опыта в общей популяции демонстрируют распространенность этого явления в разных возрастных группах (таблица 2).

Таблица 2. Психозоподобный опыт в популяции в процентах [по 15]

	20–21 год
Кто-то может контролировать мои мысли	38,3
Окружающие знают мои мысли	18,5
Наличие чужих (не моих) мыслей	22,6
Слуховые галлюцинации	3,2
Чувство одиночества среди людей	33,8
Отсутствие чувства близости с окружающими	21,5
Наличие идей, которые окружающие не разделяют	58
Чувство, что люди доминируют надо мной	32
Чувство, что за мной наблюдают	42,8
Чувство, что большинству людей нельзя доверять	37,1

В другом исследовании было обнаружено, что галлюцинации встречаются у 5,2% в общей популяции, а бредовые переживания – у 1,3% [16]. Авторы обоих исследований указали, что чаще всего появление психотических расстройств служит предвестником манифестации психоза, но отметили, что у части обследованных на протяжении долгих лет могут сохраняться «субклинические психотические симптомы». Данный вывод поднимает еще одну сложную общепсихиатрическую проблему – существование психотических расстройств в субклинической форме. Ранее нами обсуждался

вопрос о необходимости выделения психопатологических симптомов, «абсолютно или относительно определяющих уровень психических расстройств» [17], однако данный подход оказался невостребованным. К «относительно определяющим психотический уровень» были отнесены элементарные галлюцинации, галлюциноиды и иллюзии. Возможно, у пациентов с ПРЛ при появлении «голосов» речь может идти именно о таких феноменах.

Таким образом, на примере пациентки Карины проблема появления в клинической картине непсихотического психического или поведенческого расстройства психотических симптомов в условиях современных классификаций предстает в новом свете. Сегодня психотическое нередко не противопоставляется непсихотическому, а рассматривается в единстве психогенеза. ПРЛ, в отличие от иных форм поведенческой патологии с регистрацией психотических симптомов (вербальных галлюцинаций), рассматривается как сопряженное с хроническими диссоциативными расстройствами и даже обозначается как «патологическая диссоциация, связанная с ранним и более тяжелым воздействием травмы» [18-20]. Возможно, именно механизмы диссоциации и газлайтинга ответственны за формирование в рамках ПРЛ особых психотических симптомов. Дальнейшие научные исследования позволят убедительно ответить на вопрос о том, является ли обнаружение психотических симптомов при непсихотических расстройствах ошибкой диагностики или новой реальностью.

Литература

1. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: Городец, 2016. 596 с.
2. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: Север, 1933. 128 с.
3. Международная классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). [Электронный ресурс] URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4001> (дата обращения: 7.02.2023).
4. Slotema C. W., Blom J. D., Niemantsverdriet M. B. A. et al. Auditory Verbal Hallucinations in Borderline Personality Disorder and the Efficacy of

Antipsychotics: A Systematic Review. *Front. Psychiatry*. 2018; 9: 347. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00347.

5. *Slotema C. W., Bayrak H., Linszen M. M. J. et al.* Hallucinations in patients with borderline personality disorder: characteristics, severity, and relationship with schizotypy and loneliness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2019; 139 (5), 434-442. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1111/acps.13012> (дата обращения: 7.02.2023).

6. *Niemantsverdriet M. B. A., Slotema C. W., Blom J. D. et al.* Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific reports*. 2017; 7: 13920. DOI: 10.1038/S41598-017-13108-6.

7. *Slotema C. W., Daalman K., Blom J. D. et al.* Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychological Medicine* 2012; 42:1873-1878. doi:10.1017/S0033291712000165.

8. *Beatson J. A.* Borderline personality disorder and auditory verbal hallucinations. *Australasian Psychiatry*. 2019; 1: 1-4. DOI: 10.1177/1039856219859290.

9. *Savero N., Aji A. P., Alim A. H. et al.* Hallucination in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*; 2022; 3 (1): 40-42. DOI: 10.21776/ub.jppbr.2022.003.01.10.

10. *Hayward M., Jones A.-M., Strawson W. H. et al.* A cross-sectional study of auditory verbal hallucinations experienced by people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2022; 29 (2): 631-641. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1002/cpp.2655> (дата обращения: 7.02.2023).

11. *Cavelti M., Thompson K., Chanen A. M. et al.* Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Current Opinion in Psychology*. 2021; 37: 26-31. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.003> (дата обращения: 7.02.2023).

12. *Рыбальский М. И.* Иллюзии и галлюцинации. Баку, 1983. 304 с.

13. *Крылов В. И.* Психопатологическая квалификация и диагностическое значение нарушений чувственного познания (галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017; 19 (6): 4-9.

14. *Руднев В.* Экстраекция и психоз. Метапсихология галлюцинаций // Московский психотерапевтический журнал. 2001; 2: 18-43.

15. *Rossler W., Riecher-Rossler A., Angst J. et al.* Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study. *Schizophr Res.* 2007; 92 (1-3): 1-14. doi: 10.1016/j.schres.2007.01.002.

16. *McGrath J. J., Saha S., Al-Hamzawi A. et al.* Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72 (7): 697-705. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0575.

17. *Менделевич В.Д.* Психиатрическая пропедевтика. М., 1997. 496 с.

18. *Brand D. L., Lanius R. A.* Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2014; 1:13. doi:10.1186/2051-6673-1-13.

19. *Al-Shamali H.F., Winkler O. Talarico F. et al.* A systematic scoping review of dissociation in borderline personality disorder and implications for research and clinical practice: Exploring the fog. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2022; 2. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1177/00048674221077029> (дата обращения: 7.02.2023).

20. *Fung H. W., Chan C., Ross C. A.* Clinical correlates of hearing voices among people seeking interventions for dissociation: a cross-cultural investigation, *Psychosis*, 2020; 12 (4), 328-338, DOI: 10.1080/17522439.2020.1773910.

О простате без суеты^[22]

Пациент *Андрей*, 32 года.

Анамнез. Наследственность отягощена тревожно-депрессивным расстройством у матери, депрессией у тети по линии матери, алкоголизмом отца. Дед по линии матери имел вспыльчивый, деспотичный характер. Наследственность отягощена также соматически: сахарным диабетом, артериальной гипертензией у матери и у деда по линии матери. Отец «добрый», моряк, страдает алкоголизмом. Мать «мягкая, добрая, женщина», домохозяйка.

Пациент родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов, весом 3350 г, длиной 52 см, из родильного дома выписан на седьмые сутки. Находился на грудном вскармливании около месяца. Рос и развивался в соответствии с психофизиологическими нормативами. Сидеть начал в шесть месяцев, пошел к году, фразовая речь сформировалась к двум годам. Рос единственным ребенком в структурно и функционально полной семье, в «доброте, заботе», был привязан к матери и бабушке, которые его баловали, с ними сложились доверительные, эмоционально теплые отношения. С отцом практически не общался: тот много времени проводил в плавании; находясь дома, часто бывал в алкогольном опьянении. По характеру пациент формировался мягким, послушным, стеснительным, «не наглым», нерешительным ребенком, что мешало в установлении контактов. Инициативу в знакомстве с другими детьми не проявлял: мешали застенчивость, стеснительность, но, если дети приглашали в компанию, охотно играл с ними. Имел круг друзей (ровесников) во дворе. Любимые игры и занятия – конструирование, лепка из пластилина, рисование.

Детский сад не посещал, находился дома с матерью-домохозяйкой, с которой проводил большую часть времени, охотно помогая ей в домашних делах. В школу пошел с семи лет, адаптировался в детском коллективе без особенностей, но держался несколько обособленно из-за застенчивости и стеснительности. Во второй класс в связи с реформированием классов в школе пошел в новый класс – в это время значительно снизилась успеваемость, наблюдались «уныние, апатия», «раздражала школа», но круг

общения остался прежним, охотно общался с несколькими друзьями. В школе «было неинтересно, учиться не хотел», но занятия не прогуливал, дисциплину не нарушал.

Из-за плохой успеваемости перевелся в другую школу в третий класс. Подружился с несколькими ребятами («несмелыми, как и я»). В целом в школе учился неохотно, без интереса, на «удовлетворительно». Любимые предметы – рисование. Пациента периодически «дразнили одноклассники, так как был безответный, не знал, как отреагировать на нападки, не мог дать сдачи: была какая-то трусость, и она до сих пор остается». Желания участвовать в общественной жизни школы не было. В свободное от уроков время играл в компьютерные игры (стратегии, «прохождения – интересно было что-то создавать, строить, завоевывать», подвижные игры на улице со сверстниками).

Сексуальный интерес к противоположному полу с 11 лет. В этом возрасте впервые испытал оргазм без семяизвержения, когда взбирался на канат на физкультуре. Оволосение по мужскому типу с 12-13 лет, поллюции, мастурбация с 13 лет. Бриться стал в 15-16 лет. Пубертат протекал сглаженно. В 8-9-м классах «стало легче учиться, стал активнее общаться с друзьями, уменьшилась застенчивость». В 10-м классе из-за того, что до этого учился плохо, сложно было справляться с увеличившейся нагрузкой, «упросил» родителей разрешить бросить школу, которую перестал посещать со второй четверти. Мать «пожалела» пациента и на окончании старших классов школы не настаивала. До завершения учебного года пациент школу не посещал, «ждал поступления в училище», находился дома; характеризует этот период как «самый скучный» (эмоциональное состояние в то время описать затрудняется: «не помнит», депрессивные симптомы отрицает, психопатологические признаки отрицает и мать). Мечтал о будущем, хотел стать летчиком. С аттестатом об окончании 9 классов по протекции и настоянию отца поступил в колледж по специальности «судовой механик». В новом коллективе пациенту «сначала мешали стеснение, застенчивость» («ты не можешь сразу раскрыться в общении, что-то отстоять – какое-то стеснение, неуверенность все время мешает мне жить, это какой-то ключ к социуму, неплохо было бы это убрать»). Однако «преодолел себя», влился в компанию, подружился с двумя ребятами, с одним из которых дружит до сих пор. Учился в колледже неохотно, без интереса. На первом курсе в 17 лет была первая проба алкоголя (водка) в компании ребят из группы (отношение к алкоголю в

целом негативное). На протяжении жизни употреблял алкоголь эпизодически, в компании, не более чем до состояния легкого опьянения.

Через полгода устроился механиком на судно. Работал формально – «лишь бы деньги платили». Работа не устраивала: «вроде бы хорошо – сидишь, ничего не делаешь, но, с другой стороны, как в тюрьме: не выйти никуда, ни эмоций испытать, ни с девушкой познакомиться». Однако работать продолжал: «раз выучился на моряка, значит, буду моряком». Очень хотел познакомиться с девушкой, встречаться, начать сексуальные отношения, но крайне стеснялся: не знал, как подойти и познакомиться, о чем разговаривать, как себя вести. Первый сексуальный контакт – с проституткой, которую ему привели матросы на судно. С этого времени постепенно робость перед девушками прошла, научился знакомиться с девушками, с несколькими встречался непродолжительное время.

В 21 год с другом на остановке ожидал общественный транспорт. К остановке подошли парень с девушкой, пациент с другом посмотрели в сторону девушки, сказали что-то «незначительное» между собой в ее адрес. Парень, который был с девушкой, пригрозил Андрею, что «они еще встретятся». Через месяц этот человек совершил на пациента нападение. Пациент получил ножевое проникающее ранение грудной клетки с повреждением легкого, был госпитализирован. Во время нахождения в хирургическом отделении настроение у пациента было подавленным, испытывал опасения повторного нападения. Со слов матери, был «грустный, безрадостный, задумчивый» на протяжении нескольких месяцев. Субъективно пациент снижения настроения в тот период не отмечал.

В 22 года, находясь в Голландии, попробовал марихуану, которая «вызывала эйфорию, расслабление, умиротворение – отличные ощущения; если принимал на ночь – на следующий день просыпался бодрым, в отличие от алкоголя, ноль побочных, даже чуть лучше чувствовал себя утром, чем когда не курил», «был очень доволен травой, счастлив даже». Курил на протяжении месяца-полутора, пока не закончились запасы, привезенные из Голландии, затем курил марихуану эпизодически (2-3 раза в месяц), если предлагали друзья, «сам не приобретал». Несмотря на то что эффект нравился, чаще курить не стремился. В целом курил марихуану около года. Признаков зависимости не выявлено. Других психоактивных веществ не употреблял. В период, когда пациент употреблял коноплю, без видимых причин внезапно в околопупочной области внизу живота появилась боль при мочеиспускании в

утреннее время, «как будто иголкой там кто-то царапает», тянущая по характеру, режущая, «как лезвием режут», по интенсивности на 2 бала из 10. Боль возникла утром, наблюдалась на протяжении двух суток, плавно уменьшаясь к концу вторых суток. Данные болевые ощущения с этого времени возникали без видимых причин с периодичностью раз в полгода, боль носила стереотипный характер, наблюдалась трое суток. По поводу данных болевых ощущений за медицинской помощью не обращался. Проживал с родителями, работал механиком на парходах, ходил в плавания. Периодически знакомился и встречался с девушками с целью общения и сексуальных контактов, продолжительных серьезных отношений не заводил.

В 2009 г. перенес уретрит, была обнаружена «инфекция – трихомонады, гонорея». Получал антибактериальную терапию с положительной динамикой. В 2010 г. одноклассник познакомил пациента с девушкой, с которой сразу возникла взаимная симпатия, стали встречаться, из-за чего Андрей бросил работу («не хотелось уезжать, это ж ее оставить надо было, да и на работу особо не хотелось, любовь-морковь, привязанность – влюбился», «ушел с работы, чтобы находиться с ней все время рядом (на работе уходил в рейсы на несколько месяцев)»). В то время проживал с родителями, которые ему помогали материально. Большую часть времени проводил дома, не скучал, не видел у себя в тот момент никаких явных проблем: «поставил себе цель париться в жизни после 30-летнего возраста». Отношения с девушкой первые полтора-два года пациента полностью устраивали, затем стал замечать появившееся охлаждение, безразличие к нему с ее стороны, девушка не объясняла причины своего поведения, но намекала, что «надо думать о будущем и семье». Жениться Андрей на ней «не мог»: «квартиры тогда не было, жить было негде, работы не было». Считал, что «если бы наладилось с ней, видел бы от нее эмоциональную теплоту, то появились бы силы искать работу». Периодически находил свободные вакансии (менеджер, механик), но ни одна из работ его не устраивала, «хотя брали». «Самое главное для меня в отношениях – общение, открытое, простое, а с ней ничего не мог обсудить, наладить душевную близость, взаимопонимание; она была неэмоциональная, молчаливая, зажатая: имела проблемы в сексе с оргазмом, предлагал ей сходить к сексологу, но она отказывалась». Много размышлял о сложившейся ситуации с девушкой, «как дальше жить». В это время у Андрея стала ослабевать эрекция: «хотелось секса только с этой девушкой, а она ко мне была холодна». Стал считать себя неудачником в жизни, ничтожеством: «не

могу девушку свозить за свой счет на море». «Зациклился на мыслях о работе, но ничего не предпринимал для их решения: была неуверенность, и не представлял, куда пойти работать – не было опыта», чувствовал неопределенность, что «будущее плохое», стало радовать меньше вещей в жизни, «стало поменьше эмоций», «интерес сохранялся только к девушке, к остальным вещам пропал», появились уныние, слабость, вялость, сон не нарушался. Переживал, что «не мог разобраться в отношениях, как быть дальше», «хочется разобраться – а уйти не можешь». Полагает, что «это была не депрессия. Просто нерешенные проблемы. Это не было болезнью, а только проблемами психологическими».

К этому времени (27 лет) боли при мочеиспускании усилились до 5 баллов (из 10), участились до нескольких раз в полгода, при этом «снизилась яркость оргазма», незначительно снизилась эрекция при стимуляции; через 10 минут после оргазма стали наблюдаться неприятные тянущие дискомфортные ощущения в простате интенсивностью до 3-4 баллов (из 10), сопровождающиеся позывами на дефекацию, мочеиспускание. Боли наблюдались после коитуса, мастурбации с периодичностью раз в месяц. Обратился к урологу, который «без всяких анализов установил хламидиоз, хронический простатит» (инфекционный фактор не исследовался). Получал антибактериальную терапию в течение месяца (эскузан, витапрост форте, флорацид), на фоне которой восстановились яркость оргазма, эрекция, а боли при мочеиспускании в околопупочной области, боли в простате после семяизвержения на период около года полностью купировались.

В возрасте 28 лет вновь получал терапию по поводу уретрита – с положительной динамикой в отношении симптомов уретрита, однако боли в околопупочной области с периодичностью один раз в полгода сохранялись, носили вышеописанный характер. Через некоторое время боли в околопупочной области при мочеиспускании, а также боли в простате после семяизвержения эпизодически вновь возникали, имели продолжительность до трех дней, сопровождались ухудшением общего самочувствия, недомоганием, слабостью («как будто простыл»), после трех дней данные симптомы вместе с болью купировались.

В возрасте 29 лет после незначительной размолвки расстался с девушкой, после чего она перестала отвечать на телефонные звонки, «и отношения сошли на нет». Он несколько даже воодушевился, «стал жалеть, что потратил на нее время, надо было встречаться с другими девушками». К тому времени

весил 102 кг при росте 180 см, решил «худеть, чтобы отомстить бывшей тем, что стану красавчиком, буду со всеми спать, чтобы она пожалела о расставании: чтобы успокоить себя, что я хорош, а она свалила». В мае 2014 г. стал придерживаться сбалансированного питания (считал калории – 1700-1300), спортзал не посещал. Общался и знакомился с девушками на сайте знакомств, ходил на свидания, заводил непродолжительные отношения, «так как не мог найти такую же девушку: она была, можно сказать, моим идеалом, похожей не встретил». «В форму» пришел через 7 месяцев, масса тела снизилась до 72 кг.

Летом 2014 г. почувствовал в правом яичке «бурление, как пузырьки под давлением небольшим, как будто булькнули газы, как в кишечнике», в этом месте «появился небольшой ной – неприятное ноющее ощущение, дискомфорт», интенсивностью на 2 бала из 10, ощущения сразу стали носить постоянный характер, наблюдались в том числе в ночное время. Одновременно с появлением данных ощущений у Андрея нарушился сон: появились ранние утренние пробуждения, затем сон стал прерывистым, без последующего чувства отдыха (сон остается нарушенным до сих пор). Решил идти заниматься в спортзал («устану – буду спать»), но сон не восстанавливался, а в дни тренировок даже ухудшался: учащались пробуждения до 3-4 раз за ночь. Самостоятельно пробовал принимать персен, но без эффекта. В спортзал «тяжело было ходить, не было сил, чувствовал себя все время усталым, сон отдыха не давал. Появились боли в области тазобедренных суставов, но наблюдались непродолжительно, затем возникли в простате, «как будто она раздута, напухшая и мешает» (сначала во время выполнения упражнений для ног на тренажере, а затем стали постоянными). Также сохранялись боли в правом яичке. Постепенно, к концу 2014 – началу 2015 г., снизилось настроение. Сам больной субъективно считает, что заболел депрессией именно с 2015 г., когда появились унылость, раздражительность, апатия, потеря интереса, «жизненной мотивации», свое самочувствие связывал с нарушенным сном. Наросли неуверенность в своих силах, апатия, явления ангедонии, слабость, вялость, снижение энергичности и активности. Вечером, когда ложится спать и закрывал глаза, особенно в дни после разговора с другом о его работе, размышлял о том, что не работает, переживал по этому поводу. Чувствовал себя одиноким: «худой, красивый, но за это время не встретил никого, кто бы мог мне заменить бывшую девушку». В конце 2015 г. познакомился с девушкой, которой рассказал о своем

самочувствию, получив понимание и поддержку (девушка ранее перенесла депрессию), она посоветовала обратиться к психологу. Самочувствие не улучшалось, в начале 2016 г. присоединились сексуальные проблемы: перестали возникать спонтанные ночные и утренние эрекции, значительно уменьшилась выраженность эрекции, которые стали возникать только после продолжительной стимуляции, снизилось сексуальное влечение и желание.

Летом 2016 г. перенес ветряную оспу с гипертермией. На период болезни улучшился сон, несколько снизилась интенсивность боли в яичке (придатке). После выздоровления сон ухудшился вновь, возобновилась прежняя интенсивность болей, эмоциональное состояние ухудшилось: «навалилась депрессия», «даже не помнит этот год, как жил в то время, ничего интересного в тот год не было». «Все время было плохо, настроение снижено, просто существование, и периодически возникали атаки – мысли о работе, о неудачах, о том, что ты никто, о свиданиях». «Были потеря интереса, унылость, раздражительность, слабость, вялость, усталость, сон нестабильный». Наблюдалась суточная динамика с некоторым улучшением самочувствия в вечернее время. Периодически знакомился по интернету и встречался с девушками, с которыми были сексуальные контакты.

В середине 2016 г. обращался к различным специалистам: остеопату, неврологу, урологу. По поводу нарушений сна обращался к психиатру, которым был установлен диагноз «депрессия», принимал назначенные грандаксин, фенибут, вальдоксан, но через три дня препараты принимать перестал из-за седации (а сон не наладился).

В 2016 г. родители приобрели пациенту квартиру, он стал жить самостоятельно, при этом пациента продолжали содержать родители, выдавая определенную сумму денег в месяц. Помня рекомендацию девушки, на протяжении трех месяцев «набирался сил и решимости, чтобы пойти к психологу: более всего было стыдно неизвестному человеку признаться в том, что давно уже не работаю», «стыдно – мужчина все-таки, и нормальный, а разгильдяй такой, было чувство вины у меня из-за работы, эти мысли отравляли меня, из-за них и бывшей девушки началась депрессия». «Была непродуктивная жизнь, замкнутость, поэтому хотел пойти к психологу и понять, почему не работаю, расставить все по местам: ты нормальный или нет; исправить это и начать искать работу через силу, преодолевать тяготы лишения». К психологу обратился, «преодолев стыд», был направлен на консультацию к психиатру.

Обратился к психиатру в июле 2017 г. с основной жалобой на нарушения сна, второй значимой жалобой была недостаточная эрекция, которая возникает только при стимуляции и быстро ослабевает, на снижение либидо; высказывал предположения, что ранее частая мастурбация с использованием порнографии могла привести к некоторому «истощению», из-за чего снизилась эрекция, однако не мог объяснить, почему на фоне отказа от мастурбации эрекция только ослабевает. При целенаправленном расспросе были верифицированы симптомы аффективного спектра, боли, перечисленные выше. Были назначены бринтелликс 10 мг в сутки, триттико до 150 мг в сутки. Терапию принимал в течение месяца, отмечалось улучшение сна, «возможно, некоторое уменьшение болевого синдрома», но из-за побочных явлений (заложенность носа, «притупление» сексуальных ощущений) терапию отменил.

Повторно обратился к психиатру в октябре 2017 г., сообщив, что чувствует себя лучше, что несколько улучшился сон, но с утра нет чувства отдыха и бодрости, к вечеру состояние несколько улучшается. Сохраняется сниженная эрекция, особенно при коитусах; при мастурбации это выражено меньше. Также сообщал о сохраняющихся вышеописанных болях в области правого яичка, промежности. При целенаправленном расспросе сообщал, что в целом настроением доволен, но «не хватает желаний». Был назначен милнаципран, титрован до 150 мг в сутки, алимемазин до 5 мг в сутки. На фоне терапии улучшилось настроение, пациент стал «уравновешеннее», уменьшилась раздражительность, стабилизировался сон, но чувство отдыха после сна сохранялось недостаточное, «расхаживался утром по 1,5 часа», сохранялась суточная динамика самочувствия с улучшением в вечерние часы; появились бодрость, выносливость, энергичность, активность, стал несколько общительнее, «самокопание перестало угнетать, могу теперь спокойно, без пессимизма рассуждать». Значительно уменьшилась интенсивность боли в яичке и простате, осталось только ощущение дискомфорта в яичке (придасток, если нащупать, «отдает» меньше), простате и промежности – «боли нет, просто дискомфорт, ноет слегка, как эхо мышечное», «хочется помассировать эту область», дискомфорт иррадирует из простаты в правую подвздошную область, редко (раньше постоянно) – в правую паховую складку. В целом болевые ощущения уменьшились на 60-70% с момента лечения, по интенсивности оцениваются больным на 2 балла из 10.

На фоне титрования милнаципрана «притупились» сексуальные ощущения, появилась болезненная эякуляция, а также «стала вытекает сперма до оргазма», во время полового акта, не может сдержать семяизвержение, семяизвержение в большинстве случаев наблюдается без оргазма, «а если бывает оргазм, то крайне слабый» по интенсивности, уменьшился объем эякулята. Основной жалобой стало нарушение сексуальной функции: на фоне терапии еще больше снизилась эрекция, которая может не возникать совсем или возникает при стимуляции. Сиалис принимать не хочет, так как «нет эмоционального компонента во время секса, а механически эрекция есть и так». Познакомился с девушкой, с которой однократно удалось провести коитус, когда пациент «решил, что в этот день сексом заниматься не будет, отвлекся – возникла эрекция», но наблюдалась боль при эякуляции. В большинстве контактов эрекция труднодостижима. Самостоятельно из-за угнетения сексуальной функции снизил прием милнаципрана до 50 мг в сутки, хочет отменить его совсем, так как считает, что «сексуальная функция без таблеток восстановится».

Психический статус. Сознание ясное, все виды ориентировки сохранены. Выглядит задумчивым, погруженным в переживания. Следит за внешним видом. Одет аккуратно, небрит. Зрительный контакт поддерживает. На вопросы отвечает по существу, развернуто. Жалуется на сниженную эрекцию, боли в области «простаты», «отдающие» в правую паховую складку, болезненные ощущения «в простате» при семяизвержении, уточняя, что боли значительно уменьшились (до 2-3 баллов из 10), «ноющие ощущения – хочется помассировать, разгладить в этом месте, это уже не боль, а дискомфорт», иррадиирующий из простаты в правую подвздошную область, редко (раньше постоянно) – в правую паховую складку, на ранние утренние пробуждения, отсутствие чувства отдыха после сна, хотя в целом «стало приятнее спать»; при целенаправленном расспросе жалуется на апатию, безрадостность, сниженную концентрацию внимания. Сообщает, что настроение улучшилось, «появились бодрость, выносливость, стал общительнее, самокопание больше не угнетает, спокойно, без пессимизма» может рассуждать. Активно жалуется на «побочку от лекарства»: «Семяизвержение не могу сдержать и продлить половой акт, чувствую в начале уретры, что там сперма во время коитуса, семяизвержение может быть без оргазма, стало меньше по объему эякулята, в целом приглушенные

ощущения во время секса, как овощной какой-то». Сообщает, что стали наблюдаться спонтанные ночные эрекции, но эрекция в целом «на препарате» стала еще более слабой, «даже девушка моя сказала: на таблетках ухудшилось все». Сообщает также, что «вчера познакомился с девушкой, общались целый день, но расстроился, так как сошел за нормального, а эрекции нет – как продолжать знакомство?». На вопрос о жизненных планах жалуется, что «нет ощущения спокойствия, уверенности, разбитое состояние; ты вылез из ямы, но вылез в поле какое-то, только горизонт видно со всех сторон. Действия должны быть какие-то, чтобы был результат. А какие действия, что делать – не знаю, постоянно думаю об этом». Сообщает, что «ожидает и очень сильно боится» вопроса о том, почему не работает, потому что «неудобно, стыдно», постоянно думает об этом, но определиться не может – «сам не знаю». Механиком на судно идти работать не хочет, так как «не нравится эта работа, а кем, куда работать – не определился». При наводящих вопросах соглашается, что «если бы родители не давали денег, жить было не на что, то устроился бы на любую работу – тогда уже было бы все равно, кем работать, когда есть нечего». Просыпается несколько раз за ночь «из-за мыслей насчет своей финансовой независимости, насчет работы, плюс девушка появилась – нужно быть мужиком, а я в сексе ни о чем». При просьбе врача ответить на вопросы по методике «Сравнение понятий» в ходе проведенного экспериментально-психологического исследования (сравнение понятий «дуб» и «береза», «ворона» и «воробей») начинает заметно нервничать, волноваться: «Не понимаю этих вопросов, не понимаю, чем они отличаются; дуб и береза выглядят по-разному, воробей и ворона размерами отличаются», далее отвечать на данные вопросы отказывается. Субъективно настроение характеризует как близкое к эутичному. Говорит в нормальном темпе, нормальным по громкости голосом. Мимика живая, однообразная, пантомимикой речь не подкрепляет. В ответ на шутку натянуто улыбается. Патологически фиксирован на своем самочувствии, постоянно возвращается в беседе к теме своей сексуальной дисфункции, «побочек от лечения». Структурных расстройств мышления в беседе не выявляет. Патологию восприятия, представления отрицает, в наблюдении не выявляет. Бредовых идей не высказывает. Память сохранна. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию.

Соматический статус. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Дыхание везикулярное, выслушивается над всей поверхностью легких, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в мин., АД – 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул со склонностью к запорам. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание с ощущением выраженного дискомфорта, свободное.

Неврологический статус. Реакция зрачков на свет сохранена, $D = S$. Сухожильные рефлексы живые, $D = S$. Координационные пробы выполняет правильно, в позе Ромберга устойчив. Менингеальных симптомов нет. Очаговой патологии ЧМН не выявлено.

Психологическое исследование. Психомоторный тип обследуемого снижен (время выполнения КП – 9 мин. при норме до 8 мин.). Объем внимания соответствует границам низкой нормы (5 простых объектов при норме 5-7). Продуктивность концентрации внимания умеренно нарушена (23 ошибки в КП при норме до 10 ошибок). Переключаемость внимания достаточная (время по таблицам Шульте: 37", 39", 41", 37", 40" при норме до 50"). Устойчивость процесса нарушена. Показатели избирательности внимания соответствуют границам нормы (21 слово в пробах Мюнстерберга при норме от 21 слова). Мотивационный компонент мышления ослаблен (обследуемый не стремится улучшить собственные результаты, часто высказывает желание быстрее прекратить выполнение методик, высказывает сомнение в необходимости проведения исследования, ссылаясь на то, что у него «пропал кураж», отмечает, что не может проявлять старание, когда его «не прет уже это делать», однако продолжает выполнять пробы; повышено отвлекается на посторонние раздражители, часто в ходе выполнения пробы игнорирует временной лимит, к собственным результатам в итоге индифферентен). Объем памяти в границах низкой нормы (5 простых объектов при норме в 5-7). Продуктивность кратковременной памяти ослаблена (5-5-6-7-7-8 при норме в 9-10 слов) на фоне снижения функции запоминания в связи с нарушениями концентрации внимания и искажениями ассоциативного процесса (обследуемый не может сосредоточиться на стимульных словах, зачастую в ответе соскальзывает на оторванные ассоциации с первичным словом-стимулом, называя «лишние» слова). Долговременная память соответствует

низкой норме (ретенция – 7 слов при норме в 7-8). Показатели опосредованной памяти снижены (КОЗ + 70% при норме от 85%), связаны с недостаточностью опоры мнестической деятельности на мыслительную. Мотивационный компонент процесса имеет те же особенности, что и ранее в исследовании. Мышление обследуемого резко замедленно по динамике (12 слов в пробе ИБМ). Отмечается ригидность, повышенная конкретность, снижение плавности и гибкости мыслительных процессов. Ассоциативные процессы обнаруживают легкое искажение (КА + 80%) на фоне оторванности ассоциаций от первичного стимула (так, например, в методике «Пиктограммы» на слово «справедливость» изображает две прямые линии, поясняя: «Линии же одинаковые, значит – справедливо» и т.д. Обнаруживаются нарушения целенаправленности мышления по типу разноплановости и амбивалентности (в методиках «Сравнение понятий» и «Классификация» одновременно использует для категоризации конкретные («размер, внешние различия»), абстрактные («созданные творением природы»; «объекты неодушевленного мира») и индивидуально-значимые «мне нравится – мне не нравится»); в беседе же пациент часто приводит противоречивые, вплоть до полностью оппозиционных, высказывания, на один и тот же вопрос отвечает противоположными точками зрения и т.д.). В вербальной продукции отмечается наличие шперрунгов. В операциональном компоненте мышления заметно легкое искажение процесса обобщения на фоне актуализации латентных признаков (так, в методике «Сравнение понятий» общим у реки и птицы называет то, что «они движутся»; разницей между дубом и березой – «форма ствола», между вороной и воробьем – «стиль полета» и т.д.). Мотивационный компонент процесса на поведенческом уровне обнаруживает те же особенности, что и ранее в исследовании. Коэффициент интеллектуальной продуктивности обследуемого соответствует средней норме (IQ-94). На актуальном исследовании моменту пациента обнаруживается наличие субдепрессивного состояния (6 баллов по шкале Гамильтона). Личностно для обследуемого характерны интровертированность, пассивность, безынициативность, отсутствие выраженных стремлений или побуждений, оскудение сферы интересов и примитивность общего жизненного склада. Модус мышления и поведения отличается своеобразием. Отмечаются эмоциональная холодность («эмоциональная тупость»), сниженная способность к эмпатии и сопереживанию, формированию глубоких эмоциональных привязанностей. Отсутствие понимания нюансировок в

поведении окружающих приводит к социальной несинтонности обследуемого. Для пациента характерны эгоцентризм, потребительское отношение к контактам близкого круга, склонность к манипуляторному поведению для достижения собственного комфорта посредством перенесения основных жизненных трудностей на поруки близких. Имеют место неадекватно завышенная относительно уровня достижений самооценка, потребность в признании с мнительностью и легкой враждебностью в отношении к общему социальному кругу. Обнаруживается повышенная раздражительность, низкий уровень адаптивности ко внешним стрессорам. *Заключение:* выявлены особенности протекания психических процессов обследуемого, соответствующие субдепрессивному состоянию на фоне шизофренического патопсихологического симптомокомплекса легкой степени выраженности. Нарастание когнитивного снижения с оскудением мыслительной деятельности (не соответствующему выраженности депрессии и общему интеллектуальному уровню пациента),

ослабление волевого потенциала, специфические особенности мышления и мотивационной составляющей психики, изменение личностного профиля (включающее пассивность и безынициативность) обращают на себя внимание при учете эндогенно-процессуального расстройства.

Обсуждение случая экспертами

М. Н. Крючкова:

– На основании жалоб больного, анамнеза, дополнительных методов исследования клинико-психопатологическим методом было выявлено, что заболевание началось летом 2014 г. аутохтонно с депрессивного эпизода и приняло затяжной характер. На первый план в клинической картине сразу вышли сенестоалгии и нарушения сна, зимой 2014-2015 гг. отчетливо проявилась аффективная симптоматика в виде сниженного настроения, апатии, явлений ангедонии, сниженной энергичности, активности.

Данный депрессивный эпизод имеет признаки эндогенности в виде наследственной психопатологической отягощенности, аутохтонности возникновения, суточных колебаний самочувствия, ранних пробуждений.

Снижение настроения, подавленность, опасения повторного нападения, наблюдавшиеся после ранения больного (в 2006 г., 21 год), расцениваются как депрессивная реакция на психотравмирующее событие.

Появившиеся в возрасте 22 лет на фоне употребления марихуаны как провокатора сенестопатии с быстрым присоединением ипохондрической настроенности можно расценить как признаки соматоформного расстройства, форт-пост симптома, «депрессивной зарницы», случившегося в 2014 г. депрессивного эпизода. Если бы данные боли были обусловлены урологической патологией (воспалительного, сосудистого характера), то они не оставались бы столь стойкими и продолжительными на фоне антибактериальной терапии возникавших в момент их развития уретритов [4].

Учитывая вычурность, необычность жалоб больного, отсутствие их связи с урологической патологией и вегетативными симптомами, а также возникшие спонтанно и протекавшие в начале в виде коротких острых приступов амбивалентность, нарастающее снижение активности и продуктивности (прежде всего в социальной сфере) больного, выступившие на первый план в клинической картине в рамках текущей депрессии сенестопатические нарушения, *можно предположить протекание текущего депрессивного эпизода в рамках шизотипического расстройства (ипохондрическая сенестопатическая шизофрения (малопрогрессирующая, вялотекущая), по А. В. Снежневскому)* [3]. Однако требования МКБ-10, а также принципы презумпции психического здоровья (или менее тяжелого заболевания) не позволяют выставить такой диагноз.

Учитывая выраженность жалоб пациента на сексуальную дисфункцию, появление их вне зависимости от аффективной симптоматики (хотя и некоторое утяжеление во время депрессии), отсутствие положительной динамики на фоне терапии депрессии и уменьшения в целом депрессивной симптоматики, можно установить коморбидный диагноз «сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями (F52) в виде эректильной дисфункции в сочетании с диспареунией (F52.6).

Таким образом, клинический диагноз: *«депрессивный эпизод умеренной степени с соматическими симптомами. Сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями в виде эректильной дисфункции в сочетании с диспареунией (F52.6)».*

Ю. П. Сиволап:

– Уважаемые коллеги, я совершенно согласен с формулировкой Марины Николаевны. К сожалению, наши психиатрические диагнозы носят стигматизирующий характер. Можно легко диагностировать стенокардию или гипертонический криз, а диагноз «шизофрения» или «шизотипическое

расстройство» выносить на обложку истории болезни гораздо труднее, потому что это звучит неприятно для наших пациентов. К сожалению, мы вынуждены вести двойную игру: мы думаем одно, а пишем другое, исходя из социальных последствий психиатрического диагноза для наших пациентов. В своих гениальных прозрениях был абсолютно велик Евгений Блейлер, который говорил о латентных формах *dementia praecox*. Весьма удачно в 70-е годы XX в. в Америке Норман Розенталь упоминал расстройства шизофренического спектра. Видимо, и в самом деле существует континуум от шизотимного склада личности через шизоидную психопатию или непсихотическую шизофрению, называемую сейчас шизотипическим расстройством, до клинических форм болезни. Это очень неоднородная совокупность, не зря Блейлер говорил не о шизофрении – он говорил о группе шизофрений, имея в виду совокупность сходных заболеваний, но все же не одну болезнь. А что касается нашего пациента Андрея, я совершенно согласен с Мариной Николаевной: мы видели депрессию, депрессию у особой, как мы иногда говорим, личности, и неясно, то ли эта депрессия связана с шизотимным складом личности данного пациента, то ли она у него просто взяла и развилась самостоятельно, вне зависимости от его особенностей, как могла развиваться у любого другого человека. В прошлом году на предыдущей школе психиатров Владимир Давыдович (*Менделевич. – Прим, ред.*) приводил очень интересные данные и высказывал собственные суждения о психиатрической коморбидности; если, скажем, урологи очень легко ставят три диагноза одному пациенту, когда есть для этого основания, то мы часто считаем, что у нашего пациента одно-единственное заболевание, а все остальное служит его проявлением. Так вот, человек, который имеет шизотимный склад личности, может заболеть депрессией, как, например, насморком? Может, конечно же. А возможно, его депрессия связана с эндогенно-процессуальными расстройствами, которые не всегда достигают клинически бесспорного уровня, которые все-таки нельзя назвать шизофренией, и аффективное расстройство становится одним из проявлений его конституции шизотимической или депрессия взяла и появилась сама по себе? У меня нет ответа на этот вопрос, я не знаю. Можно строить различные гипотезы, можно очень много спорить. Поэтому еще раз подчеркну, что диагноз, который ставит Марина Николаевна, – да, так оно и есть, это *депрессия* и не более того, а в уме теоретически можно иметь в виду, что парень, доведись ему испытать серьезное стрессовое воздействие, мог бы

заболеть шизофреническим психозом, ведь до 40% случаев шизофрении возникает под влиянием стресса. Переживи он крепкий тяжелый стресс – и развилась бы клиническая форма болезни; будь у него чуть сильнее биологическое предрасположение (при наличии пары больных в его родословной, к примеру бабушка по линии матери была странная, а тетка по линии отца покончила с собой) – парень, наверное, мог заболеть. А в нашем случае, по-видимому, это пред-болезнь или психическая конституция особая, я бы так сказал.

В. Д. Менделевич:

– Уважаемые коллеги, нельзя, с моей точки зрения, говорить одно, а писать в истории болезни другое. Есть МКБ, имеющая не статистическое, а клиническое звучание. Классификация предназначена для постановки диагноза и для разработки научно обоснованных подходов к терапии. Когда интернисты слушают, как мы рассуждаем, то у них складывается двойственное, я бы сказал, амбивалентное отношение к психиатрии. Я призываю нас с вами идти от представленного в разборе подхода к диагностике. Требуется сначала определить симптомы, верифицировать их, а дальше переходить к нозологии в современном понимании. Я специально во время анализа психического состояния, прозвучавшего выше, записал себе, какие слова использованы коллегами, поскольку наличие каждого симптома/ феномена необходимо доказать.

Прозвучало слово «аутохтонные», но для того чтобы доказать, что у нашего пациента все симптомы возникли аутохтонно (ни с того ни с сего) и не были связаны причинно ни с какими внешними факторами. Для меня абсолютно неочевидно, что психопатологические симптомы у нашего пациента аутохтонны. С моей точки зрения, у него были основания для возникновения психопатологических расстройств, то есть были причины для беспокойства.

Прозвучал термин «вычурность». Но, с моей точки зрения, этот термин вообще довольно субъективен. Что такое вычурность? Это что-то крайне необычное. А что в представленном случае «крайне необычно»? Слово «вычурность» обозначает абсолютно сходное с бредом представление. Я в процессе сегодняшней беседы с пациентом не обнаружил у него ни одного признака вычурности – мне показалось, человек логично размышлял, очень точно описывал то, что с ним происходило, иногда он не давал четких ответов, но это не было ни амбивалентностью, ни вычурностью.

Под «сенестопатией» – симптомом, выявленным у пациента, – понимается строго определенный феномен. Необходимо доказать, что у пациента именно сенестопатии, а не, к примеру, парестезии. Зададимся вопросом: выявлены ли коллегами характерные для сенестопатии признаки? Ни трудного объяснения и описания пациентом происходящего в его теле, ни особенностей ощущений, ни склонности к миграции или изменению состояния (типичные признаки сенестопатий) я у обследованного не обнаружил. Ипохондрия есть, но она основана на реальных ощущениях, которые я воспринимаю как обусловленные его особым восприятием боли [1].

Могу согласиться, что у нашего испытуемого есть депрессивный фон настроения, это не вызывает сомнений. Более важен вопрос о первичности или вторичности депрессии. Нам необходимо понять и доказать, обусловлена ли депрессия у пациента тем, что он плохо себя чувствует, или же, наоборот, депрессия вызвала у него вот эти соматические эквиваленты депрессии [2]. Для меня из того, что было сказано, очевидно, что первично возникли неприятные, тягостные, болезненные ощущения, а затем появились симптомы депрессии. И это вполне логично объясняет сегодняшнее состояние обследуемого. Не пойму, для чего мы «изобретаем» какую-то шизофрению у пациента, если ни одного симптома шизофрении у него нет. Кто-то из коллег говорил о наличии у обследованного шизотипического расстройства, но я не вижу ни одного симптома по МКБ-10, характерного для шизотипического расстройства: холодности, неадекватности эмоциональных реакций и др. Ведь пациент реагирует на реально существующие болевые ощущения, и это вполне адекватно, как у любого иного пациента с алгическим синдромом. Нет оснований говорить о таком типичном признаке шизотипического расстройства, как «странное, эксцентричное поведение». Не могу найти в поведении пациента ни одного странного поступка. То, что пациент реагирует на количество эякулята, или на снижение эрекции, или на преждевременное семяизвержение, – это дело объяснимое. Необычных параноидных идей, не доходящих до явно выраженного бреда, тоже нет. Болезненная навязчивость, нарушение мышления, расстройство восприятия и т.д. – всего этого также не обнаруживается. Следует вернуться к принципам диагностики: диагноз выставляется исключительно на основании клинических (а не патопсихологических) признаков. Это я о том, что написано в психологическом заключении... С большой вероятностью у нашего пациента преобладают симптомы *соматоформного недифференцированного*

расстройства. В конкретном клиническом случае я не вижу особых проблем с диагностикой. И никакого значения для науки (а мы пытаемся выставить научно обоснованный диагноз) фактор стигматизации не имеет. Я шизофрении у нашего пациента не вижу вообще. Нет ни одного доказанного симптома.

В. А. Солдаткин:

– Дорогие коллеги, я хотел бы начать за здоровье, а закончить за... еще большее здоровье нашего пациента. Сначала о том, что не вызывает сомнений: близко к тому, что мы называем «доказательная медицина». У пациента была депрессия и были боли. Простая, вроде бы очевидная, но все же важная мысль, которую мы хотели подчеркнуть клиническим случаем, вынося его на конференцию: боль и психопатология у Андрея взаимосвязаны, они дополняют и поддерживают друг друга. Урологическое обследование однозначно подтвердило недостаточность «соматической базы» для объяснения клиники. Зато психопатология и ее корреляция с болевыми ощущениями очевидны. На первый взгляд, клиника определяется депрессией (мы можем найти все классические триады: Крепелина, Бека, да и требованиям МКБ-10 в отношении депрессивного эпизода клиническая картина соответствует. И никакому другому заболеванию...) То есть по МКБ-10 (а значит, официально) диагноз – *«депрессивный эпизод с соматическими симптомами»*. Точка. Все, вроде, понятно, и даже мы можем подтвердить распространенное суждение, что боль и депрессия очень часто имеют коморбидный характер.

Но... что дает нам этот диагноз (кроме успокоения больного и даже некоторой моральной индουλгенции, почему в его жизни все разладилось)? Прогноз? Уверенность в эффективности терапии? Понимание патогенеза расстройства в целом? Увы, едва ли. Все это (конечно, тоже неидеально) может предложить нозологический подход, и диагноз там будет другой. Можно в очередной раз поднять тему «Два пишем, один в уме?». Да, хоть 21 (я про F21) в уме, лишь бы это было на пользу больному, для улучшения качества и эффективности терапии. Сегодня не раз звучал святой принцип презумпции психического здоровья. Я разделяю его так же, как вы; но есть и принцип «все сомнения – в пользу больного». А полезен ему будет выхолощенный, формализованный, нечеткий диагноз с нулевой вероятностью прогноза? Нет, уважаемые коллеги!

В нозологическом подходе, экономя ваше время, я хотел бы задать пять простых вопросов и сформулировать краткие на них ответы.

1. Понятно ли нам психологически, почему развилась депрессия?

В целом да. Из-за колоссального фиаско личности пациента. Фиаско во всем: в семейной, сексуальной, профессиональной сферах. Но есть вопрос сложнее: почему возник этот провал? Из-за глубокой личностной дисгармонии? Но те врачи, кто верит в существование психопатии и не сомневается в работах Ганнушкина, Кербикова, Леонгарда, не найдут здесь критериев психопатии! А для тех, кто в психопатию «не верит», и предмета для разговора нет. Наш пациент, будучи сензитивно-тревожной личностью до пубертата, позже стал проявлять черты неустойчивости. Казалось бы, гедонизм – его конек. Но даже в созданных родителями «оранжерейных» условиях в сферах, связанных с гедонизмом, он несчастлив и неуспешен. Пациент на протяжении минимум пяти последних лет напоминает лодку со сложенными веслами, практически без попыток сопротивления жизненным обстоятельствам. Это феномен дрейфа [4], уважаемые коллеги, и глубина этого явления намного больше, чем выраженность депрессии Андрея.

2. Был ли Андрей предрасположен к депрессии?

Уверенно: да. Его эмоциональная сфера изначально была уязвима. Об этом говорит выраженная тревожность на протяжении препубертатного периода, особое отношение к алкоголю (он абстинент, а такие люди всегда характеризуются особенностью нейрхимии, и зачастую генетическими особенностями), перенесенные периоды гипотимии (на мой взгляд, они не достигали степени депрессивного эпизода, а ограничивались депрессивными реакциями).

3. Текущее депрессивное состояние возникло и развивается в рамках какого типа реагирования?

Полагаю, что, возникнув психогенно в 27 лет (признаки, описанные Ясперсом, выглядят рельефно), уже к 29 годам (весной 2014 г.) состояние трансформировалось. Фраза пациента «худой, красивый, уже без прежних проблемных отношений с девушкой, а толку нет» очень информативна. Произошла генерализация депрессивных переживаний, присоединились сенестопатии (как еще назвать эти бурлящие пузырьки в яичке, неясное томление, которое уменьшается в процессе разговора с врачом?), сформировался четкий классический суточный ритм, стала заметной ангедония – депрессия приобрела эндогенный характер. Кстати, пациент

хорошо показывает этот «водораздел»: в собственном понимании, он заболел депрессией именно в 2014-2015 гг.

4. Эта эндогенная депрессия ограничена вторым кругом, по А. В. Снежневскому? Это фазное заболевание?

Нет. В клинике есть и сенестопатии, и ипохондрическая фиксация. Никакой фазности, дискретности депрессии, цикличности мы в нозограмме не найдем. И самое главное – заболевание развивается прогрессивно, с нарастанием выраженности продуктивной симптоматики и с поражением воли больного. В этом причина многолетней устойчивой пассивности, необъяснимой безмотивности больного.

5. Возвращаясь к классической дискуссии, может, не продуктивная симптоматика, а психологическая характеристика прольет свет на происходящее с больным?

Дефицит салиенса (возможности отделять главное от второстепенного) – одна из ярких психологических характеристик нашего пациента. Это звучит прямо в его словах («...отстаньте от меня с этими вопросами, я никогда такого понять не мог»), это подробно описано в результатах психологического исследования. Мотивационный компонент нарушен – и не только в результатах исследования, но и во всем психическом облике пациента; его саморегуляция поражена. Ригидность и конкретность мышления Андрея сочетаются с явными нарушениями целенаправленности (разноплановость и амбивалентность). Обилие латентных признаков, на которых строится его ассоциативный процесс, «перегружает» нервную систему и приводит к стрессорному характеру работы. И это, вероятно, проблема не только с серотонином, но и с катехоламиновой системой, и системой глутамата [3].

Ответы на поставленные пять вопросов приводят меня к мысли о нозологическом диагнозе *«малопрогредиентная (псевдоневротическая) шизофрения»*. Возвращаясь к нашей дискуссии о стигме, о пугающем слове «шизофрения», я хочу сказать, что дело не в слове. Давайте назовем это «расстройством салиенса» или «синдромом дисрегуляции интегративных процессов». Не это важно. А то, что психотерапия этого больного должна строиться по особым правилам, с поправкой на характеристики мышления и воли. В психофармакотерапии надо использовать оба базовых класса препаратов – антидепрессанты и атипичи. Необходима общебиологическая терапия, например лечебное голодание. Думаю, это увеличит эффективность помощи.

Литература

1. Менделевич В. Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016. 128 с.
2. Менделевич В. Д., Соловьева Л. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: Городец, 2016. 596 с.
3. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: в 2 т. Том I: учебник /Под ред. В. А. Солдаткина. Ростов н/Д.: Проф-пресс, 2017. 558 с.
4. Синдром хронической тазовой боли: психопатологические аспекты // Вестник урологии. 2017. № 5 (1). С. 52-63. [Электронный ресурс] URL: <http://www.urovest.ru/jour/issue/view/16/showToc> (дата обращения: 7.02.2023).

Ганзер жив

Известно, что поведение человека в стрессовой ситуации носит разнообразный характер. Одни люди проявляют раздражение, гнев и агрессивны в отношении окружающих, у других депрессия может приводить к ступору и обездвиженности, а третьи «вытесняют» из сознания эмоционально неприятные события и продолжают жить привычной жизнью. Различают невротический и психотический уровень реагирования на острую психотравму. Редким и почти забытым явлением стали истерические психозы (диссоциативные расстройства) в виде псевдодеменции, пуэрилизма, сумеречного расстройства сознания. Приведенный ниже случай показывает, что трудности диагностики сумеречного расстройства сознания могут приводить психиатров к неверным выводам в условиях судебно-психиатрической экспертизы.

Наталья Б., 36 лет. Росла и развивалась без особенностей. Окончила среднюю школу, училась параллельно в музыкальной школе, была старостой класса. Наблюдалось заикание. Затем училась в МГУ на геологическом факультете. В период обучения вышла замуж и родила дочь. Отношения в семье носили напряженный и конфликтный характер, в связи с чем прервала учебу. В дальнейшем в течение 10 лет родила шестерых детей. Одновременно завершила обучение, получила диплом о высшем образовании и степень бакалавра. Затем работала редактором, менеджером, курьером. Отношения с мужем со временем еще больше ухудшились (до драк): он упрекал жену в неправильном воспитании детей. Неоднократно обращалась в полицию с заявлениями на мужа, но в возбуждении уголовных дел каждый раз отказывали. Семья состояла на контроле в центре социального обслуживания и в комиссии по делам несовершеннолетних. После конфликтов и ссор муж несколько раз вызывал психиатрическую бригаду. Впервые Наталья была госпитализирована в психиатрический стационар в недобровольном порядке в 2007 г. с направительным диагнозом «шизофрения, приступообразно-прогредиентная, с выраженными изменениями личности». В выписке из истории болезни описаний каких бы то ни было психотических симптомов не приводилось – указывалось лишь наличие разноплановости мышления и резонерства. При выписке диагноз «шизофрения» был отвергнут и выставлен диагноз «кратковременная депрессивная ситуационная реакция». В

дальнейшем на учете у психиатра не состояла, лечения не принимала и не принимает.

В 2012 г. после очередной ссоры с мужем была привлечена к уголовной ответственности по ст. 112 УК РФ и проходила амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, по результатам которой у Натальи было обнаружено смешанное расстройство личности, которое не лишало ее способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в принудительных мерах медицинского характера не нуждалась.

К психиатрам обратилась в 2020 г. после смерти сына от онкологического заболевания. Симптоматика носила депрессивный характер, и выставлялись диагнозы «кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации», «депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами». Принимала антидепрессанты. В 2021 г. в связи с отсутствием существенного улучшения состояния проходила лечение в дневном стационаре психиатрической больницы с диагнозом «депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами. Гипертоническая болезнь». После выписки состояние оставалось нестабильным, лечилась у психотерапевта. В течение всего 2021 г. психическое состояние характеризовалось инсомнией, депрессией, несмотря на проводимое лечение. В ноябре 2021 г. (за несколько дней до правонарушения и задержания) отмечался «единичный эпизод искаженного восприятия: видела, как мужчина будто бы бросился под рельсы поезда, потом его несли на носилках через станцию метро». В тот момент ощущала нереальность происходящего: «было сложно отличить сон от реальности». Окружающие в течение 2020 и 2021 гг. заметили изменения в поведении Натальи в виде рассеянности, несобранности, погруженности в мир переживаний.

Как следует из материалов уголовного дела, в конце ноября 2021 г. в утренние часы в вестибюле станции метро, будучи недовольной действиями должностного лица, напала на него, нанесла удар в лицо (был констатирован перелом костей носа). Ее поведение носило неадекватный и не соответствующий ситуации характер, вследствие чего была вызвана психиатрическая бригада скорой медицинской помощи, Наталью госпитализировали в психиатрическую больницу. Неадекватность и нелепость поведения на станции метро характеризовалась не только немотивированной агрессией, но и тем, что Наталья ползала по полу, билась головой о пол,

говорила невпопад, например заявляла, что она не знает, «Наталья Сергеевна она или нет», считала странным, что полицейский при ее задержании «назвался Димой», требовала распечатать квитанцию на возврат, чтобы «вернуться в 2020 год», где ее сын. В приемном покое психиатрической больницы была растерянна, отвечала на вопросы после паузы, растягивала предложения. На вопрос о текущем годе, отвечала: «Я не знаю, как это, когда цифры 20 и 21». В первые дни в стационаре повторяла, что она «не Наталья Сергеевна».

Через 2,5 недели после госпитализации был проведен врачебный консилиум, по результатам которого сделан вывод, что «пациентка перенесла эпизод сумеречного помрачения сознания в связи с неуточненным органическим заболеванием головного мозга, психогенно спровоцированный, с последующим резидуальным бредом». В тексте отсутствовали указания на то, какая именно форма бреда выявлялась у пациентки и на основании чего был выставлен соответствующий диагноз. В процессе экспериментально-психологического обследования Наталья продемонстрировала высокий объем и продуктивность запоминания, устойчивость внимания и достаточный интеллект.

При проведении судебной психолого-психиатрической экспертизы констатировано, что у подэкспертной интеллектуально-мнестические способности без грубого снижения, эмоциональные проявления неустойчивые, продуктивных расстройств (бреда, галлюцинаций) не обнаруживалось. То есть речь о резидуальном бреде не шла. Эксперты пришли к заключению о том, что клиническая картина заболевания соответствует органическому расстройству личности, поскольку у пациентки на протяжении ряда лет отмечалась эмоциональная неустойчивость, сниженная способность к эффективной регуляции поведения, а также потому, что у нее была обнаружена неврологическая симптоматика: на КТ-исследовании – признаки лакунарной кисты в левом зрительном бугре как вероятное последствие лакунарного инфаркта, а на МРТ – проявления дисциркуляторных изменений.

С точки зрения экспертов, психическое состояние подэкспертной не относилось к категории временных и должно было рассматриваться как хроническое. Эксперты указали на то, что в силу выявленных аффективных нарушений у пациентки отмечается склонность к повторному возникновению психотических и депрессивных состояний, в связи с чем она не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий

и руководить ими. На этом основании эксперты пришли к выводу, что Наталья нуждается в применении к ней принудительных мер медицинского характера в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Обсуждение

Таким образом, анализ текста судебно-психиатрической экспертизы показывает, что психическое состояние Натальи Б. в течение многих лет характеризовалось дезадаптацией и неустойчивостью в связи с конфликтной ситуацией в семье. Обращает на себя внимание тот факт, что психиатрами, осматривавшими ее в течение этих лет, не были описаны психотические симптомы – преобладавшими оказывались нарушения эмоциональной регуляции и неконтролируемость поведения. Психиатры никогда не регистрировали наличие в клинической картине заболевания признаков нарушения памяти, внимания, снижение интеллекта и другие признаки «органических психических расстройств». После смерти сына в 2020 г. у Натальи развилось депрессивное расстройство, которое было актуальным до момента совершения противоправного действия. Однако психическое состояние пациентки в момент и сразу после совершения ею противоправных действий по принципиальным характеристикам отличалось от наблюдавшихся у нее ранее психопатологических расстройств. Следует обратить внимание на то, что впервые в жизни у нее остро возникло состояние с доминированием нелепостей поведения и высказываний, мимоговорением и псевдодеменцией. После острой психотравмы и агрессии, совершенной ею в отношении должностного лица в метро, она стала вести себя крайне необычно: ползала по полу, билась головой, заявляла, что не знает, Наталья Сергеевна она или нет, считала странным, что полицейский при ее задержании «назвался Димой», требовала распечатать квитанцию на возврат, чтобы «вернуться в 2020 год», где ее сын. В приемном покое психиатрической больницы была растерянна, отвечала на вопросы после паузы, растягивала предложения. На вопрос о текущем годе, отвечала: «Я не знаю, как это, когда цифры 20 и 21». В отделении продолжала высказывать нелепые мысли, например плакала: «У вас [сотрудников] только халаты байковые, и мне будет жарко, вот я и плачу». Психиатрами данное поведение было расценено как «сумеречное помрачение сознания в связи с неуточненным органическим заболеванием головного мозга».

Следует обратить внимание на тот факт, что описанные психиатрами характеристики поведения Натальи в этот период не соответствуют диагностическим критериям понятия «сумеречное расстройство сознания в связи с органическим расстройством». В частности, для его диагностики требуется обнаружение в клинической картине следующих признаков: 1) внезапного возникновения и завершения; 2) длительности от минут до часов; 3) фрагментарного восприятия вплоть до полной дезориентировки; 4) амнезии по его завершении. В психиатрии принято выделять два варианта сумеречного помрачения сознания – амбулаторные автоматизмы или галлюцинаторно-бредовую симптоматику. Судя по описанию экспертами поведения пациентки, у нее не было обнаружено амбулаторных автоматизмов, а учитывая выявление у нее агрессии, можно было бы предполагать наличие галлюцинаторно-бредового варианта сумеречного помрачения сознания. Однако экспертами-психиатрами не описан ни один из этих симптомов. Кроме того, психиатрами не отмечено, до какого момента у Натальи продолжалось сумеречное расстройство сознания: ведь и через две с половиной недели ее поведение оставалось нелепым. Данный факт противоречит обозначению такого состояния, как сумеречное помрачение сознания органического генеза. Таким образом, вывод психиатров о том, что подэкспертная перенесла сумеречное помрачение сознания в связи с органическим расстройством, следует признать необоснованным и несоответствующим общепринятым понятиям диагностики данного психопатологического синдрома.

Обращает на себя внимание некорректность использования экспертами-психиатрами критериев диагностики «органического расстройства личности», которая могла сказаться на аргументированности и научной обоснованности вынесенного ими экспертного заключения. В соответствии с принятыми в психиатрии критериями диагностики (по МКБ-10) для постановки диагноза органического расстройства личности требуется обнаружение не менее двух из шести основных признаков этого психического расстройства. В МКБ-10 приведены следующие шесть критериев органического расстройства личности:

а) значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;

б) измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным, неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия;

в) выражения потребностей и влечений могут возникнуть без учета последствий или социальных условностей (больной может совершать антисоциальные акты, как, например, воровство, предъявлять неадекватные сексуальные притязания, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правила личной гигиены);

г) когнитивные нарушения в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (например, религией, «что правильно, а что нет»);

д) выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, сверхвключения (расширенное включение в тематику побочных ассоциаций), вязкости и гиперграфии;

е) измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

В заключении экспертами не указано, какие из перечисленных критериев были ими обнаружены и на основании чего выставлен соответствующий диагноз. Как следует из анализа медицинской документации, на период совершения юридически значимых действий у подэкспертной не обнаруживалось ни одного из перечисленных диагностических критериев органического расстройства личности. Для вынесения научно обоснованного вывода о том, какое именно психическое расстройство выявлено у Натальи в юридически значимый период, экспертами должна была быть проведена дифференциальная диагностика, в частности с временным психическим расстройством в виде диссоциативного расстройства в форме синдрома Ганзера (шифр по МКБ-10 F44.8), относящегося к варианту истерического (диссоциативного) сумеречного помрачения сознания. К диагностическим критериям данного расстройства относятся: неспособность больных ответить на элементарные вопросы, мимоговорение, когда пациент отвечает на вопросы нелепо, но обычно в плане поставленного вопроса, дезориентация в окружающем. Обычно продолжительность синдрома Ганзера составляет несколько дней, а после выхода из состояния наблюдается амнезия. Именно перечисленными признаками (как следует из описания в истории болезни) и

характеризовалось поведение Натальи. После острой психотравмы у нее наблюдалось мимоговорение, нелепости в поведении и в ответах на вопросы, дезориентация в окружающем и амнезия по выходе из состояния. Длительность расстройства составила около 2,5-3 недель. Органически обусловленные сумеречные расстройства сознания обычно длятся значительно меньше – часы или (редко) сутки. Если признать фактом, что Наталья перенесла именно синдром Ганзера, то следует признать и то, что это было временное психическое расстройство, которое не имеет и не может иметь тенденции к рецидиву, и в таком случае вывод экспертов о необходимости стационарного принудительного лечения должен быть поставлен под сомнение.

Клинико-психопатологические различия между сумеречным помрачением сознания органического и психогенного (диссоциативного) генеза кардинальны. Различие заключается не только в клинических особенностях, но и в прогнозе. При диссоциативном (синдроме Ганзера) нет оснований предполагать развитие рецидива: если в жизни человека не будет происходить субъективно значимых психотравмирующих событий, то повтор подобного расстройства практически исключен. При органическом генезе сумеречного помрачения сознания текущее заболевание мозга способно приводить к повтору психотических симптомов. Таким образом, описанный клинический случай следует признать значимым, так как некоторые редко встречающиеся в клинической психиатрической практике синдромы (например, синдром Ганзера) не должны исключаться из процесса дифференциальной диагностики.

Кукольные глаза

Больная *Елена О.*, 20 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. У отца и бабушки гипертония. Родилась в семье служащих единственным ребенком. Родители в разводе, живет с матерью и отчимом. Отец имеет другую семью, но поддерживает отношения с Еленой, заботится о ней, постоянно навещает. Закончила 10 классов средней школы, училась неплохо, нравился французский язык. По призванию поступила в педагогический институт. Мензис с 15 лет, в настоящее время приходят регулярно. Не замужем («был молодой человек, но расстались, так как он мало внимания уделял»). С трехлетнего возраста частые ангины, болела ревматизмом, неоднократно лечилась стационарно в педиатрических клиниках с жалобами на боли в суставах, сердце, отмечалась ускоренная СОЭ. В 15-летнем возрасте с учета по ревматизму сняли, но осенью и весной по-прежнему чувствует себя соматически неблагополучно. По характеру, с ее слов, замкнутая, хотя имеет подруг, бывает в клубах. Считает себя обидчивой, раздражительной, впечатлительной («часто глаза на мокром месте»). С новыми людьми (сверстниками) сходится трудно, а с младшими знакомится легко. Сокровенными мыслями старается не делиться ни с кем («даже с отцом»). Кроме французского языка, увлекается художественной литературой: любит Тургенева, Лондона, Купера. Занимается спортом, предпочитает лыжи.

Анамнез болезни. В школьные годы благодаря большому прилежанию училась успешно, однако считала себя тугодумом, особенно плохо запоминала стихи и тексты наизусть, быстро уставала, утомлялась, испытывала слабость от любой, даже незначительной нагрузки. Во время учебы в 10-м классе отметила возникновение головных болей. Вначале они появлялись редко, затем участились и были связаны с повышением артериального давления (отмечалось АД 170/90 мм рт. ст.). В последующем приступы головных болей повторялись, хотя и были менее интенсивными. Плохо переносила и переносит жару и транспорт, при езде в автобусе начинается тошнота. С 17-летнего возраста стала «из-за пустяков впадать в печаль», появлялось чувство тоски, которое держалось по 15-20 минут и бесследно проходило. За 2-2,5 года до обращения к психиатрам эпизодически в теле без причин начали возникать ощущения скованности: «руки и ноги делались ватными,

тяжелыми». «Мышечное оцепенение» держалось 10-15 минут и так же, как и приступы плохого настроения, бесследно исчезало. Необычное состояние скованности больная объясняла себе тем, что за ней в тот период начинали следить с научной целью инопланетяне с помощью невидимых приборов. Иногда внезапно у Елены возникало ощущение, что в куклу, находившуюся на пианино в комнате, вставлялись специальные приборы вместо глаз, которые фиксировали все действия пациентки. С целью проверки своей догадки несколько раз разбирала куклу на части, но «ощущение», что за ней наблюдают, не проходило. Пыталась спрятаться от этого наблюдения в другой комнате, в туалете, но положительных результатов не достигала. Иногда подобное состояние начиналось с ощущения «присутствия в комнате кого-то незримого», так как чувствовала, как на ее лицо «ложится чей-то взгляд». В то же время понимала, что это ей кажется, и, как только проходило чувство скованности, Елена тут же забывала о своих предположениях. Если такое напряжение и скованность в теле застигали ее на улице, то ей казалось, что на нее смотрят люди из проезжающих автобусов или окон домов. Состояние так же внезапно прерывалось, как и начиналось. Во время сессии в институте (за полгода до обращения к психиатрам) не смогла сдать экзамена, сделала замечание преподавателю за «несправедливость в оценке ее знаний». Считала, что другим студентам преподаватель легко зачитывала предмет («даже не спрашивая»), а к ней относилась предвзято. После этого заявления преподаватель выгнал ее из аудитории. Расстроилась, но «сожаления о своем поступке не было». Несданные экзамены были перенесены на следующую сессию, так как Елена заболела и была прооперирована (аппендэтомия). После возвращения к учебе, когда необходимо было сдавать зачеты и экзамены, Елена очень испугалась, что не справится с этим, так как не сможет «даже рта открыть перед экзаменатором-педагогом», которого оскорбила. Появилась тоска, внезапно пришло решение покончить с собой, потому что за несданным экзаменом последовало бы исключение из института. Не представляла себе жизни без института и французского языка, поэтому считала лучшим исходом умереть. Приняла 70 таблеток антибиотиков, димедрол, анальгин. Никому об этом не сказала. После отравления отмечалась рвота. Отец, у которого в это время находилась Елена, вызвал скорую помощь. Теряла сознание, очнулась в больнице, где провела шесть дней. После выписки тоска держалась, и мать больной привела ее на обследование к психиатру.

Психический статус. При поступлении в психиатрический стационар двигательнo заторможена, молчалива, фон настроения снижен. Во время беседы на лице выражение скорби, плачет, беседа идет только путем «вопрос – ответ». Ответы очень скудные, односложные, но по существу. Высказала сожаление, что осталась в живых, так как жить не хочется («не вижу смысла»). В первые же дни стала просить о выписке, мотивируя тем, что ее угнетает мысль о нахождении в психиатрической больнице и вид душевнобольных. В то же время соглашалась, что есть все основания для пребывания в больнице и лечения. С больными была необщительной, молчаливой, но с врачом держалась доверительно. Расстройств восприятия не обнаруживалось. Темп мышления несколько замедлен. Бредовых идей в беседе не высказывала. К перенесенным в прошлом мыслям о наблюдении за ней инопланетян относилась критично. Интеллект достаточно высок. Внимание привлекалось и удерживалось достаточно. Память без снижения, хотя имелось субъективное мнение больной, что память у нее всегда была плохой по сравнению с другими.

В процессе лечения в стационаре на фоне улучшения самочувствия больная была отпущена в домашний отпуск, но через неделю мать вновь привела ее в больницу. Выяснилось, что дома в первый же день больная без всякой причины плакала. В последующие дни плохое настроение не повторялось. Однако когда выходила на улицу, периодически вновь возникало чувство скованности и мысли о том, что за ней следят из проезжающего транспорта. Остальное время самочувствие было хорошим, навещала подруг, занималась домашним хозяйством, французским языком, смотрела кинофильмы и т.д.

Соматоневрологическое состояние. Больная среднего роста, нормостенического телосложения. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 120/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Анализы крови и мочи в норме. Зрачки равны. Имеется слабость конвергенции, дефект справа. Сухожильные рефлексы на руках и ногах повышены, с расширенной зоной без разницы сторон. В позе Ромберга тремор век. Патологических рефлексов не обнаруживается. *На рентгенограмме* черепа усилен рисунок пальцевидных вдавлений. Глазное дно без патологии. ЭЭГ: в пределах нормальных вариаций. После функциональных нагрузок зарегистрирован диффузный разряд комплексов острая-медленная волна частотой 2,5 Гц, амплитудой до 450 мкВ в правой лобной области. *Консультация психолога:* в

беседе малословна, плаксива. В процессе экспериментального обследования признаков асте-низации не выявлено. Результатами обследования интересуется формально. Внимание привлекается и удерживается достаточно. Память не нарушена. Грубых расстройств мышления не выявлено. Имеется разноплановость, двойственность. Интеллект не нарушен. В пиктограмме – элементы расстроенного восприятия.

Анамнез (со слов матери). Беременность протекала нормально, роды без осложнений. Развивалась правильно. В год стала ходить, в полтора – говорить. В детстве часто болела ангинами. В детском саду был определен ревматизм, неоднократно лечилась стационарно. Странностей в поведении и припадков никогда у дочери не замечала. По характеру девочка скрытная, упрямая, капризная. Любит чтение художественной литературы, музыку, животных (особенно свою кошку, «с которой даже спит в одной постели»). Когда была маленькой, «скатывалась во сне с кровати, поэтому подставляли стулья». В последние годы временами жаловалась на головные боли, тяжело переживала конфликт с преподавателем в институте. Решение покончить жизнь самоубийством было для родственников неожиданностью.

Обсуждение

В клинической картине заболевания Елены наблюдались перманентные и пароксизмальные психопатологические симптомы, некоторые из которых непосредственно отмечались при беседе с пациенткой, другие были известны по анамнезу. Охарактеризовать психическое состояние больной на период обследования можно как астено-депрессивное. Астенические симптомы были представлены эмоциональной лабильностью, плаксивостью, быстрой утомляемостью, депрессия появлялась двигательной заторможенностью, некоторым замедлением темпа мышления, снижением настроения. Расстройства, выявлявшиеся при беседе с больной (как видно из приведенной выписки из истории болезни), следует отнести к непсихотическому регистру (уровню) психических расстройств.

На основании анамнестических сведений течение психических расстройств у больной можно расценивать как пароксизмальное с длительностью «приступов» 10-15 мин. Отмечались бредовые идеи отношения, преследования, воздействия (больная была убеждена в том, что за ней следят инопланетяне с помощью невидимых приборов с научной целью, вызывают у

нее в теле «напряженность»), дереализационные расстройства (ощущение присутствия в комнате кого-то незримого); аффективные расстройства («приступы тоски», длящиеся по 15-20 минут).

Наряду с пароксизмальными психическими нарушениями отмечались особенности характера пациентки в виде замкнутости, скрытности, трудности установления контактов с новыми людьми, «тугодумия», упрямства, капризности. Наблюдались церебрастенические проявления: головные боли, колебания артериального давления, сопровождавшиеся тошнотой, головокружением. С 17-летнего возраста отмечались оптико-вестибулярные нарушения: плохо переносила жару, поездки в транспорте.

Если состояние, наблюдавшееся у больной в период обращения к психиатрам, можно было расценить как непсихотическое, то на основании анамнестических данных следует думать о пароксизмальных психотических симптомах. Этот вывод основывается на факте выявления расстройств, «определяющих психотический уровень»: бредовых идей (воздействия, отношения, преследования). Известно, что при одновременном обнаружении в клинической картине заболевания симптомов психотического и непсихотического регистров состояния больного должно быть оценено как психотическое (вне зависимости от количественного преобладания симптомов того и другого уровней).

С целью конструирования психиатрического диагноза заболевания Елены на следующем этапе необходимо было определить тип реагирования психических расстройств. Несмотря на то что бредовые идеи и депрессивный синдром, наблюдавшиеся у пациентки, не являются нозологически специфичными и не могут считаться определяющими для оценки типов реагирования, в их структурно-динамических особенностях усматриваются определенные диагностические критерии. Наиболее значим факт остроты психотических расстройств и полная критичность к болезненным переживаниям по их минованию. Первый параметр нозологически неспецифичен, так как в литературе наряду с описанием экзогенных психотических пароксизмальных расстройств имеются указания на острые кратковременные «молниеносные» психотические нарушения в рамках эндогенных психозов – «легированные» психозы (Кирн), периодические психозы (Арнольд). Наличие полной критичности к психотическим проявлениям считается более типичным для экзогенно-органических психозов, в рамках эндогенных заболеваний также возможно восстановление

критичности, которое происходит значительно медленнее, проходя относительно длительный период двойственной неустойчивой критичности.

Пароксизмальность депрессивных расстройств также сложна для диагностической оценки. В данном случае круг дифференциальной диагностики расширяется, включая наряду с эндогенными (в рамках эпизодов биполярного аффективного расстройства) «эмоциональные кризисы» экзогенно-органического генеза (Монаков, Мурже) и «психолептические кризисы» (Жане) у психопатических личностей. Кратковременность приступов тоски, возникавших у Елены, отсутствие суточных колебаний настроения, а также наличие здорового характерологического преморбида могут указывать на экзогенно-органический тип реагирования.

Клинические особенности перманентных психических расстройств у больной подтверждают сделанный вывод и также указывают на экзогенно-органический тип реагирования. В клинической картине заболевания наблюдаются такие «определяющие экзогенно-органический тип реагирования» симптомы, как церебрастенические, оптико-вестибулярные расстройства, эпилептоидные черты в характере.

На третьем этапе «диагностического поиска» необходимо по данным анамнеза выявить причины заболевания. У Елены в преморбиде имелись указания на частые ангины, ревматизм (по поводу которого лечилась стационарно и долгое время находилась на диспансерном учете), что может подтверждать клинически выявленные проявления экзогенно-органического типа реагирования.

Таким образом, на основании выявленных психических расстройств клиническую картину заболевания пациентки можно оценить как органические психические расстройства – последствия органического поражения ЦНС неясного генеза с психотическими эпизодами. Ведущим является так называемый синдром височной эпилепсии, включающий пароксизмальные нарушения настроения, восприятия, бредовые идеи с полной критикой к заболеванию по минованию острого периода. Для подтверждения диагноза необходимо основываться на данных параклинических методов исследования. В наблюдении результаты неврологического, рентгенологического, электроэнцефалографического, отчасти психологического исследования подтверждали предположение о значимости органического поражения головного мозга в генезе психических нарушений.

С целью уточнения генеза органического поражения ЦНС можно опираться на современные дополнения к описанию триады Лёгрена де Суле, специфичной для острых ревматических психозов. В настоящее время характерными для клиники острых ревматических психозов считаются фрагментарные нарушения сознания, психосенсорные расстройства, бредовые идеи преследования с явлениями психического автоматизма (что обнаруживается у Елены).

На основании проведенного «диагностического поиска» можно вынести следующее заключение^ больной обнаруживаются признаки органического поражения ЦНС ревматического генеза (?) с психотическими эпизодами в виде синдрома височной эпилепсии. По МКБ-11 диагноз звучал бы так: «вторичный психотический синдром вследствие эпилепсии».

ПМС до Лондона доведет [\[23\]](#)

О связи психических расстройств с менструальным циклом было известно со времен Гиппократов. В научной литературе работы на эту тему появились уже в XVIII в. [21]. Однако в те годы описывались расстройства только психотического регистра. К концу XIX в. количество работ возросло. Так, С. Clouston [20] прямо указывал на менструации как на «производящую или предрасполагающую причину помешательства». Этих же взглядов придерживались В. Bartel [18], Н. Muller [29] и др. В 1894 г. вышла большая работа П.И. Ковалевского [6], в которой он не только обнаружил связь между психозом и менструальным циклом, но и сформировал основные признаки психоза. Это периодичность, клиническая схожесть приступов друг с другом «почти до мелочей», негрубость («слабость») нарушения сознания, нерезкое изменение поведения, речи и поступков. В эти же годы Р. Крафт-Эбинг [8] дал яркое описание клиники предменструального синдрома: «Очень многие женщины, являясь в промежутке между периодами регул нежными супругами и матерями, милыми хозяйками и приятными собеседницами в обществе, совершенно изменяются в своем характере и обращении, как только регулы у них показались или приближаются. Это как буря – они становятся придиристыми, раздражительными, сварливыми, порой превращаясь в настоящих фурий, которых все боятся и избегают». Автор ограничил рамки ПМС (предменструального синдрома) лишь эмоциональными и поведенческими расстройствами и не включил психотические симптомы. Аналогичной позиции придерживается и большинство современных психиатров, в том числе и отечественных [10-12], отрицая этиологическую связь между менструальным циклом и психозами. В ПМС описываются только такие симптомы, как раздражительность, вспыльчивость, агрессивность, плаксивость, понижение настроения, астения. Есть работы, выделяющие отдельные формы ПМС, в частности дисфорическую [7,10,11, 28].

В то же время никто из психиатров не отрицает временную связь психотических картин с ПМС или с самой менструацией, однако эти психотические картины рассматриваются как известные эндогенные заболевания (шизофрения, биполярное аффективное расстройство), проявившиеся или обострившиеся в период менструации. «Собственно

менструальных психозов не существует», или «существование менструальных психозов не доказано» – так считает большинство отечественных психиатров [1-3, 5,13,14]. Зарубежные психиатры, придерживающиеся такой же позиции, описывали в период ПМС обострение биполярного расстройства [17, 22, 30, 33, 34] или шизофрении [24, 31].

И все же до настоящего времени в литературе появляются работы, указывающие на возможность психотических эпизодов, непосредственно связанных с менструальным циклом. Так, S. Severino [32] отмечает, что кратковременные психотические симптомы во время поздней лютеиновой фазы и *mensis* описаны в литературе под названием «атипичный психоз», «периодический психоз», «циклоидный психоз», и приводит несколько примеров пациенток с предменструальным психозом. D. Stein et al. [33] публикуют историю болезни 14-летней девочки с ПМС, у которой развивался поздний лютеиновый психоз во время менструальных периодов, заканчивавшийся сразу после начала менструации. Авторы считают, что такие психозы должны рассматриваться как специфическая доброкачественная болезнь, не включенная в перечень общепризнанных функциональных психозов. В другой статье эти же авторы приводят еще три аналогичных случая [34].

Большинство ученых, признающих наличие специфических, связанных с *mensis* психозов, отмечают, что, хотя ПМС поражает до 90% женщин репродуктивного возраста, лишь малое количество из них действительно имеют в этот период психотические симптомы [23,35]. L. Hu, P. Chen [25] считают, что предменструальный психоз является состоянием неизвестной этиологии, по поводу существования которого до сих пор «продолжаются обсуждения». Авторы приводят историю болезни 17-летней девушки, у которой наблюдался периодически повторяющийся предменструальный психоз.

Первую классификацию менструальных психозов представил Р. Крафт-Эбинг [27]. Он выделил овуляторный (одиночный, рецидивирующий и периодический) психоз и эпохальный менструальный психоз. Позднее PJolli [26] видоизменил данную классификацию, разделив психозы по времени появления: до первой менструации, во время менструации, во время менопаузы, периодически повторяющиеся менструальные психозы и эпохальные случаи.

J. Brockington [19], исходя из анализа большого количества литературных источников за XVIII-XX вв., предложил модифицировать классификацию Р. Крафт-Эбинга и PJolli, распределив менструальные психозы по времени возникновения в менструальном цикле. Он выделяет: 1) предменструальные психозы, которые начинаются во второй половине цикла и иногда заканчиваются внезапным выздоровлением в начале менструального кровотечения; 2) менструальные психозы, которые начинаются с появлением менструаций; 3) параменструальные психозы – они могут появиться в любой период менструального цикла; 4) промежуточные психозы – их начало относится приблизительно к середине менструального кровотечения; 5) эпохальные менструальные психозы – они длятся полный цикл, прекращаясь на время менструации.

Таким образом, на основании многочисленных публикаций на тему менструальных психозов можно утверждать, что большинство работ, описывающих собственно менструальные психозы, относятся к XVIII и XIX вв. Однако и до настоящего времени появляются труды, в которых обсуждаются проблемы нозологической специфичности этой группы заболеваний и приводятся клинические наблюдения, подтверждающие связь психотических эпизодов с менструациями.

Ниже описана история жизни и болезни пациентки, которую на протяжении четырех десятилетий наблюдал и лечил один из авторов этой статьи по поводу периодических психотических приступов, по времени тесно связанных с менструальным циклом:

Пациентка *Елизавета*, 63 года. В настоящее время проживает в Лондоне. Родилась и росла единственным ребенком в семье служащих. Отец врач, мать экономист, бабушка преподаватель физической культуры в школе. По характеру отец был жестким, решительным, энергичным, успешным хирургом по профессии. В воспитании дочери участия не принимал. Мать была мягкая, бесконфликтная, добрая, любила побаловать дочь, с которой проводила много времени. Бабушка – основной воспитатель внучки. По характеру волевая, прямолинейная, кроме воспитания внучки, увлекалась политикой, была «активной коммунисткой». Наследственность по психическим заболеваниям как со стороны матери, так и со стороны отца здоровая. Елизавета росла и развивалась правильно, только в пятимесячном возрасте у нее наблюдался «судорожный приступ», длившийся 5-10 мин. Обследование у врачей патологии не выявило. Было предложено наблюдение, однако в

дальнейшей жизни подобных приступов не возникало и более к врачам не обращалась. В детстве перенесла ветряную оспу, корь – без осложнений.

В школе с шестилетнего возраста училась прилежно. Успешно окончила среднюю школу с углубленным изучением английского языка. Обнаруживала хороший музыкальный слух, два года училась по классу фортепиано в музыкальной школе, но бросила, так как бабушка решила, что внучка должна заняться спортом. Вначале девочка посещала секции, которыми руководила бабушка, затем активно стала заниматься легкой атлетикой и волейболом. Больших достижений в спорте не достигла, но всегда «хорошо вписывалась в команду». В школе также отличалась общительностью, имела много подруг, была активной пионеркой, комсомолкой, избиралась старостой класса. Летние месяцы проводила только с родителями, которые не забывали о судорожном приступе и не отпускали ее отдыхать в пионерские лагеря. Бабушка провожала девочку ежедневно в школу и встречала ее после уроков вплоть до окончания восьмого класса.

Впервые болезнь проявилась в 14 лет: неожиданно прибежала из школы, не дождавшись бабушки. Сказала, что ей страшно, ее хотят избить – «мальчики из класса сговорились». Заставила бабушку запереть квартиру на все замки. Спряталась в своей комнате, из дома несколько дней не выходила, плохо спала, вскрикивала. Через четыре дня начались первые месячные. Психическое состояние с началом регул резко улучшилось. Лиза «пришла в себя», умылась, поела и стала собираться в школу. Рассказала родителям ту же историю с плохими мальчиками из класса, но, улыбаясь, добавив: «Я так кричала, что они все испугались и теперь ничего мне не сделают».

Со слов родителей, у дочери примерно с 14 лет время от времени возникали кратковременные (3-4 дня) состояния, во время которых она жаловалась, что ребята из класса хотят ее избить, что-то против нее замышляют, «по-особому смотрят», «ухмыляются». В эти дни переставала ходить в школу. После каждого приступа дочь вновь рассказывала, будто бы ребята из класса смеялись над ней, угрожали. Отец обращался к классному руководителю, однако учителя убеждали его в том, что обстановка в классе нормальная, никто девочке не угрожал. Все же по просьбе отца в классе провели собрание о дисциплине и дружбе. К сожалению, как сообщил отец, дети, видимо, догадались о причине такого разбора и действительно стали подсмеиваться над Лизой. Родители вспоминают, что в тот год они даже

хотели перевести дочь в другую школу, но преподаватели уговорили оставить девочку, ссылаясь на ее отличные успехи в овладении английским языком.

Приступы психического расстройства повторялись сначала через 2-3 месяца, затем стали появляться ежемесячно. Их длительность всегда составляла 2-4 дня. Начало и конец, по словам родителей, были острыми. Когда связь приступов болезни родители увязали с менструальным циклом, отец показал дочь гинекологу. Врач успокоила родителей, сказав, что «так бывает» и что, «когда девушка выйдет замуж, все пройдет». К психиатру отец решил не обращаться и занялся лечением дочери самостоятельно. Он назначил транквилизаторы, которые в первые полгода дочь пила постоянно. В периоды ПМС отец добавлял к лечению фенobarбитал («для сна»). Однако весь ПМС у дочери держалась подозрительность, страх, она не выходила из своей комнаты, в школу не ходила. Страх усиливался при появлении в доме кого-нибудь из посторонних. Отрицательно реагировала даже на приход двоюродного брата, с которым дружила. В эти дни ни читать, ни смотреть телевизор не могла. Лежала в постели. При приближении к ней кого-либо из родных дрожала всем телом, просила выйти из комнаты и запереть ее, иногда срывалась на крик. По выходе из приступа болезни говорила, что все это ей «казалось», что на самом деле она любит родителей и бабушку и извиняется, что так плохо о них думала.

Отец продолжал лечить дочь самостоятельно, ни с кем не советуясь, скрывая от окружающих ее болезнь, однако регулярно скрупулезно описывал состояние дочери в дневнике. Позднее врачу-психиатру он объяснил эти записи тем, что когда-то, вначале своей врачебной карьеры, он чуть не попал под суд из-за плохо оформленной истории болезни скончавшегося в его отделении больного. Длительный непрерывный прием транквилизаторов привел к тому, что дочь стала более вялой, заторможенной. Она почти перестала посещать спортивные секции, «стала домашней». Сама больная и ее родители больше всего боялись, что о болезни могут узнать окружающие. Родители ждали замужества дочери.

После школы окончила финансово-экономический институт. Все годы почти постоянно принимала тот или иной транквилизатор, но в период ПМС все равно заниматься не могла, в институт в эти дни также не ходила. Отмечались тревога и страх. Подозрительность в домашней обстановке переключалась на родных, которых в эти дни подозревала в желании сделать ей «что-нибудь плохое: ударить, избить». После вуза приступила к работе в расчетном отделе

банка. Работа для нее оказалась несложной, отношения с первых дней с сотрудниками и руководством банка сложились хорошие. Отец решил уменьшить дозу препарата. При наступлении первого же ПМС возникли психические нарушения прямо на работе. Елизавета, со слов сотрудниц, стала испуганно оглядываться по сторонам, затем с криком «Спасите!» забежала в туалет, заперлась там, продолжая кричать: «Спасите... меня убивают... вызовите милицию!» Сотрудники вызвали скорую помощь. Управляющий банком, хорошо знавший отца Елизаветы, сообщил ему о состоянии дочери. Отец приехал раньше скорой помощи и с трудом отвез Лизу домой. В последующие три дня страх понемногу ослабевал под влиянием мепробамата и фенobarбитала, но дочь продолжала прятаться, кричала, что ее «придут убивать». Все кончилось как обычно остро с началом менструации.

Отец оформил увольнение дочери из банка «по собственному желанию». Спустя месяц она была трудоустроена бухгалтером. Фенobarбитал и феназепам стала пить постоянно – и вялость, и слабость усилились. С работой справлялась, но делала все медленнее обычного. В это время родители были вынуждены обратиться к психиатру. Так как при первой беседе психиатр, кроме некоторой двигательной и мыслительной заторможенности, не выявил другой патологии, было предложено отменить все психотропные препараты с целью лично пронаблюдать, как протекает психотический эпизод. От госпитализации и оформления амбулаторной карты отец категорически отказался. *Осмотр пациентки после отмены всех препаратов, кроме 0,5 мг феназепама на ночь:* возраст 22 года, жалоб не высказывает. Несколько смущена тем, что приходится впервые за восемь лет болезни рассказывать об интимных проблемах. Сознание ясное, все виды ориентировки сохранены. Речь свободная, связная, словарный запас богатый. На вопросы отвечает по существу, не отвлекаясь на несущественные детали.

Постепенно из-за своей «секретной» болезни стала реже посещать общественные мероприятия (театр, концерты, стадион) – боялась, что болезнь может проявиться неожиданно в любой день или что друзья как-то узнают об этом. «Боялась, боялась и все-таки сорвалась», – так она говорит о приступе болезни в банке. Половой жизнью не жила. Мальчики нравились и в школе, и в институте. С одним из них, учась в вузе, дружила более двух лет. Родители надеялись на брак дочери, но молодому человеку пришлось перевестись учиться в другой город из-за переезда туда родителей. Отношение к болезни полностью критичное: «Не могу понять, что со мной в это время происходит...

все вижу, все помню, а понимаю не так». При рассказе о приступе болезни сообщила, что никаких посторонних голосов в это время не слышит: «Просто все вокруг против меня... такой страх... вот-вот – и убьют... даже родных боюсь в это время... стыдно».

Врачу удалось лично увидеть приступ заболевания, возникший в период ПМС. Больная находилась в домашней обстановке. Со слов матери, приступ начался примерно в 16 ч. Врач увидел пациентку через два часа. Она находилась в своей комнате, лежащей нераздетой в постели с закрытой простыней головой, стонала. Услышав шаги подходящих к кровати людей, неожиданно закричала: «Уйдите... я ничего плохого не сделала... не трогайте меня!» В присутствии врача появилась дрожь во всем теле. Оказывала сопротивление при попытке снять с лица простынь. Закрыла глаза руками. Лицо бледное, потное, пульс 94 удара в минуту, АД 160/85. Мышцы напряжены, наблюдается мелкое подрагивание всего тела. Когда удалось оторвать от лица руки, обнаружены расширенные зрачки. В глазах страх, испуг. Вся съежилась, напряглась, как перед ударом. Никаких инструкций врача и матери не выполняет. То тихо, то громко, с подвыванием, кричит: «Оставьте меня в покое!», однако после уговоров матери проглотила с закрытыми глазами таблетку феназепама. Улучшения не наступило. Когда врач вышел из комнаты, попросила мать: «Запри меня на ключ». Было очевидно, что страх и бред преследования протекают на фоне ясного сознания и ориентировка в окружающем сохраняется. Ни на какие вопросы врача и матери не отвечала, продолжала громко кричать. Через закрытую дверь были слышны ее стоны. После ухода врача около 22 часов из рук матери съела бутерброд и выпила стакан сладкого чая. Мать не удивилась, что дочь, прежде чем взять в рот, понюхала еду и чай. По словам матери, она делает это во время болезни часто: «Боится отравления». Несколько часов проспала. Ночью родители слышали стоны из комнаты дочери, к чему уже привыкли. Лишь однажды, в 18 лет (из записей отца), дочь в приступе страха пыталась выбежать раздетой из дома, но родителям удалось ее остановить.

Утром врач увидел ту же картину. Больная из комнаты не выходила, к себе никого не впускала, лежала в постели в той же одежде. При попытке заговорить с ней кричала. Дрожь тела и громкость крика была несколько меньшей, чем в предыдущий день. Матери удалось ее покормить. С врачом не стала разговаривать – закрылась простыней. «Уйдите... боюсь... Что вы хотите со мной сделать?.. Вы тоже за них?..» Объяснений своим словам не дает.

Обращение к врачу на «вы» вновь показало, что больная ориентируется в окружающей обстановке. Взгляд оставался испуганным, выражение лица напряженное. Так продолжалось еще двое суток. Со слов матери, к вечеру четвертого дня дочь успокоилась, вышла из комнаты, приняла ванну, привела себя в порядок, покушала. Сказала матери, что хочет спать. Ночь спала без стонов. Утром попросила у родителей прощения. Врачу сказала, что все прошло. Рассказала, что было не просто страшно, а «жутко». Во время болезни всех узнавала, понимала, где находится, но родных и врача подозревала в желании сделать ей что-нибудь плохое, что бы ни говорили – она относила все к себе. *И хотя* слова были обычные, успокаивающие, слышала в них угрожающий смысл.

На вопрос, понимала ли она, что такое состояние у нее возникло не впервые и каждое из предыдущих заканчивалось благополучно, ответила, что в тот момент она не вспоминала о прошедшем и думала только о том, как бы спастись. Вспомнила, что в первые годы возникали мысли, что ее могут избить, а в последние годы появился страх за жизнь. Врач пытался выяснить, за что же ее хотят отравить, убить, тем более родные люди? Сказала, что в этом состоянии она не думала о причинах поведения окружающих, просто была в этом убеждена, но почему – объяснить не может. «Мне потом самой стыдно, что я могла так подумать». Добавила, что боится в этот период не только близких, но и любых людей, которые могли оказаться около нее при начале приступа. «Однажды, еще в школе, приступ начался, когда мы с бабушкой возвращались домой. Тогда показалось, что на меня хочет наброситься собака, которую вел на поводке какой-то парень».

Врач поинтересовался, не было ли во время болезни ощущения, что под видом родителей к ней подходят другие люди, не замечала ли она изменение окружающих предметов. Пациентка сообщила, что она всех узнавала: «Только были мысли – за что? Что я такого ужасного сделала, что папа и мама хотят от меня избавиться? Предметы не менялись, а обстановка в целом становилась угрожающей, даже голоса родных людей». Отрицает ощущения «сделанности», воздействия внешней силы, нереальности окружающего в период приступа. Отрицает также появление посторонних звуков. Объяснила обнюхивание пищи тем, что возникали мысли о желании родных ее отравить, но запахов ни от пищи, ни в комнате не ощущала. Соматически: кожа бледная, влажная. Пульс 68-72 удара в мин., АД: 115-120/65-70. Болей в связи с начавшейся менструацией не испытывает.

Исходя из следующих данных: острое начало и конец приступа, фазность заболевания, его возникновение только в предменструальный период, наличие в анамнезе судорожного приступа в пятимесячном возрасте, – возникла необходимость исключить так называемую височную эпилепсию. Невропатолог обнаружил лишь легкие рассеянные знаки органической патологии мозга. На ЭЭГ – изменения биоэлектрической активности мозга в виде легкой дизритмии корковых потенциалов без различия сторон. Пароксизмальной активности не выявлено. В рентгенограмме черепа патологии не отмечено.

Дополнительные расспросы выявили, что примерно за день до начала психотического эпизода у пациентки появляется легкая беспричинная тревожность, нарушается глубина сна (он становится более поверхностным, с краткими пробуждениями и запоминающимися сновидениями неприятного содержания), нестойкие головные боли, снижение настроения, нерешительность, затруднения в усвоении нового материала. Выход из психоза также не был критическим. В течение нескольких суток уменьшались тревога и страх, появлялся аппетит, ослабевала дрожь в теле. Больной было предложено принимать лечение не постоянно, а курсами, начинающимися с первых предвестников ПМС и заканчивающимися в первый день менструации. В течение нескольких менструальных циклов был подобран препарат этаперазин, который пациентка под контролем родителей, а затем самостоятельно принимала утром и вечером по 4 мг в течение пяти дней весь период ПМС. На этой дозе бредовых идей и выраженного страха не появлялось – наблюдались лишь вегетативные симптомы, легкая тревожность.

На фоне лечения пациентка приступила к работе. Один из сотрудников, бездетный вдовец, старше Лизы на 11 лет, стал ухаживать за ней «с серьезными намерениями». Родители не препятствовали браку в надежде на полное выздоровление дочери. Будущему зятю о болезни не сообщили, и он в течение всей совместной жизни о ней так и не узнал. Замужество, однако, не изменило течения болезни. Приходилось по-прежнему принимать препарат. Самостоятельная попытка прекратить прием лекарства в период командировки мужа (пациентка в эти дни жила у родителей) привела к психотическому эпизоду, прерванному инъекцией 2 мл аминазина.

Через полгода после замужества пациентка забеременела, у нее исчезли менструации, и она по совету врача перестала принимать лекарства. При беременности и при кормлении ребенка приступов болезни не возникало.

Лишь через семь месяцев после родов неожиданно почувствовала тревогу, и по согласованию с врачом лечение было возобновлено, а кормление ребенка грудью прервано. В последующие годы к врачу обращалась редко. В связи с появлением новых препаратов пациентке предлагалось сменить лечение на более современное и менее токсичное, но больная и ее отец категорически отказывались. Отказывались также и от каких бы то ни было обследований. Елизавета работала, воспитывала сына, занималась с репетитором английским языком. Когда сыну исполнилось 14 лет, он в сопровождении матери уехал на учебу в Лондон, где в совместной англо-советской компании работал племянник отца Елизаветы. Сама она устроилась в компанию двоюродного брата работать переводчицей. Одновременно давала частные уроки как английского (для русскоязычных), так и русского (для иностранцев) языка. Учеников было много, хорошо зарабатывала. Имела друзей среди сотрудников по работе и родителей одноклассников сына. Состояние здоровья все последующие годы было вполне удовлетворительным, но лекарства по выработанной схеме продолжала принимать. Препарат привозил из России навещавший жену и сына муж. Планировалось, что, когда муж выйдет на пенсию, он переедет к ним жить, но с возрастом муж стал часто болеть и, выйдя на пенсию, остался в Казани. Елизавета в каникулярное время сына почти ежегодно приезжала в Казань, но к врачу обращалась редко. В одно из таких посещений были обнаружены дополнительные признаки, косвенно указывавшие на наличие «органической симптоматики». Елизавета рассказывала, что она с детства плохо переносила поездки на поезде и автобусе, не любила душную баню, отказывалась от качелей, так как потом немного тошнило и могла кружиться голова.

Сын после колледжа поступил в Лондоне в университет. Очередное посещение врача состоялось, когда Елизавете было 59 лет. Она приехала в Казань для оформления наследства после смерти мужа. В Казани близких родственников не осталось, за последние 12 лет умерла бабушка, в ДТП погибли родители. С бывшими казанскими друзьями контактов не поддерживала. К врачу «просто заглянула перед отъездом» в Лондон. Вспоминала о родителях, о бабушке, меньше о муже. За рубежом проживала к тому времени 21 год. В беседе участвовала охотно, была улыбчива, несколько многоречива («соскучилась по казанцам»), речь по существу. Признаков шизофренического дефекта или органического снижения личности в беседе и в поведении не обнаруживалось, считала себя здоровой. С наступлением

менопаузы «психозы» прекратились. Тогда же по совету врача лечение закончила. Климакс в 52-летнем возрасте перенесла вполне удовлетворительно. Рассказала, что, когда появился интернет, она много читала о своей болезни, переживала, что врач подозревал у нее шизофрению. «Сначала боялась, не передастся ли болезнь сыну», но с годами поняла, что это другое заболевание, и почти перестала волноваться. Была полна заботами о внуке. В Казань приезжать в будущем не собиралась: «Может, только навестить могилы родителей». Была благодарна врачу, что из нее «не сделал сумасшедшую». Последний разговор по телефону состоялся у пациентки с врачом еще через четыре года. Поздравила врача с Новым годом, сообщила, что родился второй внук. Чувствовала себя хорошо, лекарства принимала только «от гипертонии».

Из приведенной истории болезни можно сделать вывод о том, что на протяжении всего периода течения заболевания каждый предменструальный период у Елизаветы сопровождался психическими нарушениями. Только прием психотропных препаратов ослаблял или предотвращал развитие очередного приступа. В период между регулами даже без приема психотропного лечения психотических симптомов не наблюдалось, и пациентка была практически здоровой. Болезнь у Елизаветы началась с периода первой менструации приблизительно в 14 лет и окончилась после последней менструации в 52 года, то есть продолжалась в течение 38 лет. Прием психотропных препаратов привел к тому, что клинически выраженных приступов психоза в течение жизни наблюдалось не более 12-14. Один приступ психического расстройства в 22-летнем возрасте, как видно из приведенной истории болезни, лично наблюдал врач-психиатр. У этого психиатра Елизавета в последующем консультировалась и лечилась весь период болезни вплоть до менопаузы.

Клиническая картина каждого приступа болезни у нее была стереотипной и достаточно элементарной. Она складывалась из двух групп симптомов – расстройств эмоциональной сферы (в виде выраженной тревоги и страха) и расстройств мышления (в форме персекуторного бреда). На протяжении всего периода болезни не наблюдалось ни расстройств восприятия, ни усложнения клинической картины, ни признаков нарушения сознания. Если в первые месяцы болезни по выходе из психоза критики к перенесенному не было, то в дальнейшем Елизавета разобралась, что все, что с ней происходило, есть результат болезни. Однако в период выраженного страха критическая оценка

полностью исчезала. В целом клиническую картину каждого приступа синдромологически можно охарактеризовать как аффективно-бредовое расстройство. Наблюдение за пациенткой на протяжении нескольких десятилетий не выявило у нее в межприступные периоды каких-либо изменений ни в интеллектуальной, ни в эмоциональной, ни в волевой сфере. Она, несмотря на болезнь, успешно училась в школе, в институте, много лет работала бухгалтером, вышла замуж, родила ребенка, переехала в другую страну, в которой смогла полностью адаптироваться, – и все это происходило на фоне периодического приема небольших доз антипсихотиков.

Длительное наблюдение за пациенткой, личное знакомство врача с ее родителями позволяют утверждать, что в личности Елизаветы под влиянием болезни не произошло каких-либо изменений, часто встречающихся у длительно соматически болеющих (фиксация на своем состоянии здоровья, ипохондризация). Не обнаружено также изменений при длительно протекающих эндогенных психозах. Елизавета живет полноценной жизнью, адекватно переживает за внука, за сына. Тепло, с некоторой грустью вспоминает умерших родных, строит вполне реальные планы на будущее.

Сравнительно небольшие дозы этаперазина, успешно предотвращающие развитие очередного психоза, наводят на мысль, что бредовые идеи отношения и преследования являются вторичными, а эмоциональные расстройства – первичными. Видимо, они и «заводят» механизм бредообразования. Возможно, в конструировании психотического приступа играют роль хотя и невыраженные, но регулярно повторяющиеся признаки дереализации, ощущения изменения обстановки, изменения поведения окружающих, выражения лиц «преследователей». В то же время нельзя исключить, что элементы дереализации могут быть результатом выраженного эмоционального напряжения и несистематизированных бредовых идей (бредовая дереализация).

Таким образом, у больной Елизаветы в структуре болезни можно выявить три фактора, воздействие которых друг на друга остается не вполне выясненным: 1) предменструальный синдром; 2) легкие, но стойкие признаки органической неполноценности головного мозга; 3) кратковременные психотические эпизоды. Очевидно, что каждый из перечисленных факторов мог бы существовать у Елизаветы по отдельности. Но классиками психиатрии замечено, что предменструальный период может проявляться «нервными расстройствами». Р. Крафт-Эбинг [27] прямо называл их периодическим

менструальным помешательством. П. И. Ковалевский писал, что «психоз появляется перед менструальным состоянием и с наступлением оно или ослабевает, или вовсе проходит» [6]. С другой стороны, известно, что даже негрубое органическое поражение головного мозга может вызвать психотическое расстройство, в том числе и периодическое. В доказательство этой точки зрения приведем из отечественной литературы работы известных психиатров – П. Ф. Малкина и А. С. Тиганова. П. Ф. Малкин и его ученики [9,16] выделяют группу периодических психозов, в понятие которых вкладывают не только повторяемость («нередко почти календарную периодичность приступов болезни»), но и общие признаки клинической картины. Сюда отнесены стереотипность, характерная динамика приступов (острое начало и острое обратное развитие), протекающих как «клише». Продолжительность приступов составляла, по авторам, в среднем полтора месяца. А. С. Тиганов [15] так описывает приступ периодического органического психоза: «начинается внезапно среди полного здоровья с продромальными симптомами в виде астении, головной боли. Развивается быстро, иногда за несколько часов, сопровождается двигательным возбуждением или ступором, несистематизированным бредом, галлюцинациями, психосенсорными расстройствами и помрачением сознания». Длительность приступа, по А. С. Тиганову, 1-2 недели с полным выходом из психоза. Однако, по данным А. С. Тиганова, с годами психотические приступы учащаются. Как и П. Ф. Малкин, А. С. Тиганов видит в основе заболевания органическое поражение головного мозга, в связи с которым у пациентов постепенно нарастают изменения личности по органическому типу. За возможную органическую природу периодических психических расстройств у Елизаветы может условно говорить и перенесенный в пятимесячном возрасте судорожный приступ, не оставивший после себя ни в неврологическом статусе, ни в структуре личности никаких эпилептоидных (органических) черт.

Ближе всего, на наш взгляд, клиническая картина болезни у Елизаветы подходит под описание С.Г.Жислиным [4] особой группы «реакций патологически измененной почвы». Эти расстройства нельзя отнести ни к экзогенным, ни к психогенным реакциям. Для их диагностики, по автору, необходимы два критерия: 1) наличие какого-либо соматического фактора, лежащего в основе измененной почвы и 2) своеобразная клиническая картина заболевания: «быстро, иногда без предвестников... развивается бред преследования. Больной замечает, что находится во враждебном окружении,

что за ним следят отдельные подозрительные лица или целая шайка; они сговариваются, обмениваются многозначительными замечаниями или условными знаками; его собираются ограбить, убить,... подвергнуть мучениям». По выздоровлении больной помнит все, что происходило с ним в период болезни. С.Г. Жислин далее пишет, что повторные психотические эпизоды протекают однотипно, повторяя один другй, «иногда даже в деталях». Автор ссылается на К. Шнейдера, который вначале называл такие состояния «примитивным бредом отношения», а позднее «реакциями фона». Под фоном Шнейдер понимал наличие какой-либо экзогенной вредности.

К патологически измененной почве С.Г.Жислин относил не только органическую недостаточность мозга, но и любые соматические расстройства. У Елизаветы болезнь началась за несколько дней до первой менструации и закончилась выздоровлением на последней. Можно предположить, что именно менструальный цикл стал в данном случае этиологическим фактором заболевания, так как органическая недостаточность мозга осталась без изменений и, видимо, даже усугубилась за счет появившейся гипертонической болезни. В таком же формате развивались психотические эпизоды и у Елизаветы. Приступы психоза у нее по времени всегда были тесно связаны с менструальным циклом, остро возникая в период ПМС и остро заканчиваясь с началом менструации. Каждый приступ завершался выздоровлением с полной критикой к произошедшему.

В клинической картине болезни Елизаветы не выявлялось, кроме идей преследования, ни бреда воздействия, ни бреда интерметаморфозы, ни бреда положительного или отрицательного двойника, ни синдрома Фреголи, то есть не наблюдалось остроты, которая присуща синдрому Капгра. У пациентки никогда не возникали галлюцинации. Ни в одном из приступов болезни у Елизаветы не наблюдалось нарушения сознания: ориентировка в окружающем, собственной личности была сохранена. С течением времени также не наблюдалось ни усложнения, ни упрощения психопатологических проявлений. В межприступный период не выявлялось признаков ни шизофренического, ни органического дефекта. Пациентка за весь период болезни оставалась такой же общительной, жизнерадостной, активной.

Таким образом, мы можем с большой долей вероятности утверждать, что Елизавета перенесла психическое расстройство, непосредственно связанное с менструальным циклом. Наблюдение за больной на протяжении четырех десятилетий показало отсутствие как эндогенных, так и органических

изменений личности. Полное выздоровление, также прослеженное на протяжении 11 лет, дает право утверждать, что понятие «менструальный психоз» незаслуженно исключено из нозологической классификации психических расстройств.

Литература

1. *Гиляровский В. А.* Психиатрия. М.: Биомедгиз, 1935. 206 с.
2. *Гиляровский В. А.* Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. М. – Л., 1938. 212 с.
3. *Гуревич М. О., Серейский М. Я.* Учебник психиатрии. М., 1946. 268 с.
4. *Жислин С. Г.* Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов. М., 1956. 226 с.
5. *Кербиков О. В., Озерецкий Н. И., Попов Е. А. и др.* Учебник психиатрии. М.: Медицина, 1953. С. 137-138.
6. *Ковалевский П. И.* Пуэрперальные психозы. Харьков, 1894. 217 с.
7. *Ковпак Д. В., Третьяк Л. Л.* Депрессия. Основные подходы к диагностике и лечению. СПб.: Наука и техника, 2013. 65 с.
8. *Крафт-Эбинг Р.* Судебная психопатология. СПб., 1895. 269 с.
9. *Малкин П. Ф.* Психические заболевания с шизоформными картинами и шизофрения / Актуальные вопросы неврологии и психиатрии. Куйбышев, 1964. 639 с.
10. *Менделевич В. Д.* Психиатрическая пропедевтика. М.: МЕД-пресс-информ, 2004. 528 с.
11. *Менделевич Д. М., Менделевич В. Д.* О некоторых механизмах формообразования предменструального синдрома // Каз. мед. журнал. 1986; 67 (1): 34-35.
12. *Менделевич Д. М., Менделевич В. Д.* Гинекологическая психиатрия (современные аспекты проблемы) // Неврологический вестник. 1993; 25 (1-2): 104-108.
13. *Орловская Д. Д.* Психические расстройства при эндокринных заболеваниях. В кн.: Руководство по психиатрии под ред. акад. РАМН СССР А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 200-201.
14. *Серейский М. О.* Психиатрия. М.: Медгиз, 1949. 312 с.

15. Туганов А. С. Периодические органические психозы. В руководстве по психиатрии под ред. А. В. Снежневского. М., 1983. С.212-214.
16. Хабаров Ю. М. Клинические варианты периодических психозов / Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии. Куйбышев, 1962. С. 69-72.
17. Althaus G., Pfuhmann B., Franzek E. The effect of the menstruation cycle on manifestations of psychiatric diseases. Fortschr Neurol Psychiatr. 2000; 68 (8): 357-362.
18. Bartel B. Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein, 1887: 16.
19. Brockington J. Menstrual psychosis. World Psychiatry. 2005; 4: 9-17.
20. Clouston C. Клинические лекции по душевным болезням. 1885: 511.
21. Dessmilleville. Observation adressee a M. Vandermonde, sur une tille que Ton croyot possedee. J. Med Chriz, 1759; 10:408-415.
22. Dias R. S., Lafer B., Russo C. et al. Longitudinal follow-up of bipolar disorder in women with premenstrual exacerbation: findings from STEP-BD. AmJ. Psychiatry. 2011; 168 (4): 386-394.
23. Downs L.L. PMS, psychosis and culpability: sound or misguided defense? J. Forensic Sci. 2002; 47 (5): 1083-1089.
24. Gerada C., Reveley A. Schizophreniform psychosis associated with the menstrual cycle. Br J Psychiatry. 1988; 152: 700-702.
25. Hu L. Y., Chen P. M. Olanzapine treatment of premenstrual onset psychosis: a case report. Gen Hosp Psychy. 2013; 35 (4): 452.
26. Jolly P. Menstruation und Psychosen. Arch. Psychiatr, Nerven, 1914; 55: 637-686.
27. Kraft-Ebing R. Psychosis menstrualis. Eine klinisch-forensische Studie. Stuttgart. Enke, 1902: 280.
28. Limosin F., Ades J. Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome. Encephale. 2001; 27 (6): 501-508.
29. Muller H. Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein, 1889: 284.
30. Santos-Cubind J., Castaing-Lespier P.A., Sabate N. et al. Menstrual psychosis: presenting symptom of bipolar disorder not otherwise specified in a 13-years-old Hispanic female. Bol Asoc Med. 2013; 105 (3): 53-55.
31. Seeman M. V. Menstrual exacerbation of schizophrenia symptoms. Acta Psychiatr Scand. 2012; 125 (5): 363-371.
32. Severino S. K., Yonkers KA. A literature review of psychotic symptoms associated with the premenstruum. Psychosomatics. 1993; 34 (4): 299-306.

33. *Stein D., Hanukoglu A., Blanks, et al.* Cyclic psychosis associated with the menstrual cycle. *Br J Psychiatry.* 1993; 163: 824-828.
34. *Stein D., Blumenshon R., Hanukoglu A. et al.* Cyclic psychosis associated with the menstrual cycle. *Harefuah.* 2003; 142 (7): 512-516.
35. *Wakutani Y., Nakayasu H., Takeshima T.* A case of late-onset carbamoyl phosphate synthetase I deficiency, presenting periodic psychotic episodes coinciding with menstrual periods. *Rinsho Shinkeigaku.* 2001; 41 (11): 780-785.

«А Плюшкин такой молодой»^[24]

Выделение в классификациях психических и поведенческих расстройств новых диагнозов может быть обусловлено несколькими причинами. Во-первых, это, вероятно, связано с тем, что вслед за социальными изменениями и становлением новых форм деятельности некоторые из них приобретают патологическую выраженность. К таким новым диагнозам относится, к примеру, интернет-зависимое игровое поведение. Во-вторых, появление ранее не существовавшего диагноза может быть обусловлено тем, что известная дезадаптивная форма поведения выходит за рамки описанных клинических форм психических расстройств, когда старые классификации утрачивают возможность в полной мере отражать суть психогенеза. К таким расстройствам относится выделенное в МКБ-11 и DSM-5 патологическое накопительство (хординг) [1, 2]. Традиционно хординг рассматривался либо в рамках шизофренического процесса как особая парадоксальная форма обсессивно-компульсивных расстройств, либо в структуре деменций, либо в качестве сверхценных увлечений при расстройствах аутистического спектра, либо как разновидность формирующихся личностных расстройств [3-18]. Всегда эта дезадаптивная форма поведения расценивалась как вторичный психопатологический симптом. По традиции в современных условиях психиатрической клиники при столкновении врача со случаем патологического накопительства (хординга) диагностический процесс ориентирован на старые (прежние) диагностические алгоритмы и поиск традиционных способов интерпретации наблюдаемого феномена.

В связи с вышеперечисленным представляется интересным анализ клинического случая 20-летнего юноши Артема А., на протяжении ряда лет строившего собственную жизнь в соответствии с ритуалами накопительства, которые, в свою очередь, создали конфликтную ситуацию в его семье и привели к госпитализации в психиатрический стационар.

Артем А., 20 лет. Доставлен в стационар психиатрической больницы бригадой скорой медицинской помощи с сопроводительным диагнозом «шизофрения, дебют?». Со слов родственников, после того как они выкинули скопившийся в комнате Артема мусор, он стал агрессивным, бранился в их адрес, высказывал угрозы самоубийства. В течение трех дней не вставал с

постели, в знак протеста отказывался от еды и воды, озвучивал суицидальные мысли. Жалоб при поступлении не предъявлял, был фиксирован на ситуации, которую воспринимал как невыносимую и непоправимую. Подписал информированное согласие на госпитализацию.

При поступлении в стационар. Выглядел неопрятно: длинные волосы были засалены, не расчесаны, ногти на пальцах рук были длинными, давно не стриженными, одет был в старую и мятую одежду, от него исходил запах немытого тела. Отмечалась напряженность, раздражительность и тревожность: теребил свои волосы, был неусидчив, часто менял позу. При этом соблюдал уместную дистанцию в общении с врачом, не дерзил и не проявлял агрессию, внимательно выслушивал собеседника и подробно описывал ситуацию, из-за которой родственники вызвали скорую помощь. О событиях, приведших к госпитализации, рассказывал неохотно, но не скрывал сути семейного конфликта. Иногда при воспоминании о произошедшем на глаза наворачивались слезы. Близких родственников прямо не винил в том, что они настояли на госпитализации – соглашался, что для этого были основания. Говорил, что будет и дальше продолжать жить с бабушкой и дедушкой. На вопрос о причинах слезливости («почему плачете, вам себя жалко?») соглашался, что «возможно, это так». Фон настроения несколько снижен. Речь тихая, в умеренном темпе, выражение лица ближе к задумчивому. Себя характеризовал как тихого, безынициативного и бесконфликтного человека. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. Соглашался с тем, что у него были суицидальные мысли после скандала с родственниками, что хотел умереть, но утверждал, что никаких попыток не предпринимал и даже не продумывал, как это сделать. При этом сообщил, что в течение трех дней после трагического для него события был крайне расстроен, лежал в своей кровати, не ел и не пил, думал о том, что «хорошо бы умереть от обезвоживания». Мышление при поступлении в стационар было последовательным без признаков паралогии, разорванности и других качественных нарушений. Интеллектуальный уровень оставался высоким, мнестические функции не были нарушенными. Обманов восприятия, бредовых идей или иных психотических симптомов не обнаруживалось.

Анамнез (со слов пациента, его матери и однокурсников). Наследственность отягощена – бабушка со стороны матери состояла на учете у психиатра с

диагнозом «шизофрения» и покончила жизнь самоубийством, дедушка со стороны отца находился на учете у нарколога в связи со злоупотреблением алкоголем, также имел попытки суицида. Родители находятся в разводе с 13-летнего возраста Артема. Кроме него, в семье есть еще младшая родная сестра десяти лет. Развод, со слов пациента, перенес спокойно, глубоких переживаний не испытывал, поскольку отношения с отцом были сложными. Родился от второй беременности первым ребенком, первых срочных родов (масса при рождении 2970 г, рост 51 см, был выписан на пятый день). Раннее развитие без особенностей: голову стал держать в 2 месяца, сел в 6,5 месяца, пошел в год и один месяц. Детские дошкольные учреждения посещал с трехлетнего возраста, не имея трудностей адаптации. Ходил с желанием, хорошо общался с другими детьми. В возрасте семи лет поступил в общеобразовательную школу, где до 7-го класса учился хорошо, затем стал пропускать уроки, потому что после развода родителей его учебу никто не контролировал. Маму по поводу посещения школы обманывал, говоря, что ему на учебу во вторую смену. Вместо школы уходил к бабушке с дедушкой, сообщая, что уже отучился в первую смену. Круг приятелей в школе был небольшой, но сверстников не сторонился. При этом лидером и активистом не был. В свободное от учебы время посещал кружок народных танцев, участвовал в концертах и выступлениях. В старших классах прекратил эту деятельность. Окончил 9 классов школы на «удовлетворительно» и поступил в колледж. С этого времени полностью переехал жить в дом бабушки и дедушки (со стороны отца), объясняя это тем, что ему стало тесно в родительской однокомнатной квартире, где проживали, кроме него, мама и младшая сестра. С новой семьей отца жить не хотел, отношения с отцом оставались плохими. Характеризовал отца как грубого, жесткого человека, склонного оскорблять сына. Однако периодически по его просьбе помогал отцу по хозяйству. Свободное от учебы время мог проводить за выполнением хозяйственных дел: мыл посуду, по просьбе бабушки занимался огородом, но большую часть времени предпочитал находиться в своей комнате за компьютером. Общался в социальных сетях, интересовался новостями, особенно политическими событиями, был частым посетителем социальных сообществ националистического содержания. В Youtube предпочитал «страшный» контент, в частности видео с изображением убийств и насилия. В качестве кумира выбрал себе националиста Тесака, который «боролся с педофилией»,

но через какое-то время разочаровался в нем. Еще одним увлечением были видео порнографического содержания.

В колледже, обучаясь информатике и компьютерной грамотности, часто пропускал занятия, доучился до 4-го курса, но окончить колледж не смог, так как не подготовил и не написал курсовую работу. Был отчислен за полгода до госпитализации. Нигде не работал, жил на средства бабушки и дедушки, большую часть времени проводил дома, периодически встречаясь с одноклассниками в кафе, на улице. Эти встречи ему нравились, поскольку позволяли обсудить разнообразные темы. Общением со знакомыми не тяготился, но легко переносил и одиночество. Одноклассники характеризуют Артема как «дружелюбного, общительного, спокойного, шутливого парня, который учился неважно и был даже согласен получать на зачетах и экзаменах удовлетворительные, а не хорошие отметки, не расстраиваясь из-за этого». Часто, по словам одноклассников, помогал другим, например с лекциями («даже другим больше, чем себе»). Окружающие отмечали, что у него была страсть к употреблению энергетиков – часто покупал их и рассказывал о них. Артем, по мнению одноклассников, не был замкнутым, иногда с грустью рассказывал о своей семье, о семейных проблемах и отношениях с отцом. После того как был отчислен из колледжа, «перестал выходить на связь и отвечать на звонки».

Сам себя характеризует как веселого человека, который может легко и без стеснения познакомиться с новыми людьми, склонен к совместным занятиям со сверстниками – «ребята в шутку называли меня клоуном», мог дурачиться, веселиться, с ребятами часто шутили и рифмовали тексты на разные неприличные темы. При этом не чувствовал дискомфорта, когда оставался один («спокойно думаю о своих делах, и мне никто не нужен»). Потребности в общении оценивает как небольшие. Себя считает экономным, например, когда чистит зубы, включает и выключает водопроводный кран, чтобы просто так не текла вода. Не склонен к идеальному порядку, и в его шкафу или портфеле нередко вещи лежат вперемешку.

С родственниками поддерживает формальное общение, но не испытывает к ним глубоких родственных чувств, особенно после того, как они стали критиковать стиль его жизни. Свою мать характеризует как понимающую, чуткую женщину. Интерес к девушкам активно не проявлял, как и к лицам мужского пола. Сексуальная активность исчерпывается эпизодами мастурбации. Рассказал, что в 14-летнем возрасте имел многократную

интимную (анальную) близость с ровесницей. После этого опыта сексуальных отношений не было.

По здоровью не годен для службы в армии: миопия тяжелой степени. Из перенесенных заболеваний – в 13 лет дважды за год госпитализировался в отделение колопроктологии и был оперирован по поводу парапроктита.

История болезни. К психиатрам до госпитализации никогда не обращался, и никто из родственников не ставил вопрос о необходимости психиатрического обследования. В возрасте 13-14 лет отмечались навязчивости в виде частого и тщательного мытья рук (по 20-30 минут несколько десятков раз в день). «Дотронусь до своей одежды – нужно помыть руки, задену ручку холодильника – нужно помыть руки. Казалось, что от любого прикосновения руки становились грязными». Идей о том, что может чем-то заразиться, не было – все делал почти автоматически. Но все же воспринимал это как что-то тягостное, мешающее ему спокойно жить, с чем усилием воли справиться не мог. Подобное состояние продолжалось около года и само по себе прошло. Повторно навязчивости в виде мытья рук появились после переживаний по поводу возможности мобилизации (в сентябре 2022 г.), но также самостоятельно прошли через 4 месяца.

Был период, когда коллекционировал засохшие выделения из слизистой носа, постриженные ногти. Складывал их в пакет или в ящик стола. Тот факт, что не выбрасывал салфетки с выделениями из носа, объяснял экономностью, считая, что правильнее использовать их по несколько раз. Мотивы сохранения постриженных ногтей никак себе не объяснял – «просто не хотелось их выбрасывать, как, впрочем, и многие другие предметы».

С лета 2019 г. (за три года до госпитализации в психиатрический стационар) число предметов, которые Артем стал складировать в своей комнате, существенно увеличилось. Через некоторое время, когда в комнате не осталось места для всех сохранявшихся Артемом предметов, он стал переносить их на чердак. Сам Артем связал изменение своего поведения и появление страсти к «коллекционированию» использованных вещей со стрессом, который он испытал незадолго до этого. Сообщил, что получил известие, о котором подробно говорить не захотел, но которое касалось каких-то глобальных перемен. В это время почувствовал себя «лишенным безопасности, и в попытках спрятаться начал собирать мусор... хотел укрыться в этом мирке». Сначала собирал использованные им пустые банки из-под

энергетиков и коробки из-под соков, число которых через некоторое время превысило 200 штук. Помимо этого, собирал упаковки от чипсов, наггетсов и других продуктов. Складывал у себя в комнате мусор, неорганические изделия, бывшие в употреблении лично у него или у людей, с которыми он проживал (бабушка и дедушка). Иногда вынимал из мусорного пакета, подготовленного для выкидывания, бутылки, старую одежду, тряпки. Органический мусор, у которого имелась упаковка с надписями и описанием состава, выкидывал в короткие сроки («чтобы не испортились»). Неорганический мусор (бутылки, упаковки от чипсов, пакеты, старую одежду, тряпки) тоже мог выкинуть через какое-то время, но только после многократных просьб или требований со стороны родственников. Для совершения этого действия ему нужно было предварительно сфотографировать упаковку, прочитать состав продуктов, изучить описание, вспомнить запах и вкус. Большинство фотографий переносил на компьютер, сохраняя в специальной папке, куда с периодичностью несколько раз в месяц возвращался и пересматривал фото. В его телефоне сохранены около 6 тыс. подобных фотографий. Для того чтобы коллекционируемые бутылки не падали и не издавали шума, который напоминал бы дедушке о беспорядке в комнате внука, оставлял на дне каждой бутылки незначительное количество содержимого. Кроме того, это содержимое использовал, чтобы вспомнить вкус и запах выпитого напитка.

Новые продукты, например энергетики, покупал по принципу новизны, разнообразия и расширения коллекции.

Помимо бутылок из-под напитков и пустых пакетов, собирал чеки из магазинов и оставшуюся сдачу. Периодически просматривал эти чеки, сверял потраченную сумму и сдачу. Если не понимал, откуда взялась сдача (монеты, мелкие купюры), откладывал ее в сторону и не пользовался ею. Если же суммы сходились, то мог монеты и банкноты положить вместе с другими имевшимися у него деньгами. Собственных денег на покупки не имел, поскольку нигде не работал и не учился – пользовался средствами, которые давал ему дед.

Кроме того, собирал семенную жидкость, выделявшуюся при мастурбировании. Объяснял это тем, что у него «был период, когда болел, и осталось много использованных бумажных салфеток, чтобы они просто так не лежали, использовал их повторно». Салфетки с семенной жидкостью

складывал на полку рядом с другими предметами (берушами, ушными палочками).

Вся его комната за два с половиной года постепенно превратилась в склад мусора, но Артем категорически не допускал кого бы то ни было убираться в своей комнате. Сам же выбрасывал кое-что из скопившихся вещей крайне неохотно и нечасто. В связи с этим в доме бывали скандалы, когда бабушка или дедушка настаивали на том, чтобы он вынес мусор, выкинул пустые бутылки и убрался в комнату. В случаях, когда без его согласия выкидывали часть его «коллекции» или вытирали пыль, он мог «устраивать истерики», материться (что было для него нетипично), высказывать угрозы суицида. В процессе ссор дедушка упрекал Артема в том, что он «нахлебник» («кто не работает, тот не ест»). Из-за этих упреков Артем начал ограничивать себя в еде («заедал все хлебом, вареньем, запивал водой, старался много не кушать, но иногда по ночам вставал, чтобы поесть сухарей»).

Из других особенностей поведения родственники отметили нежелание Артема что-либо менять в своем внешнем виде и окружающей его домашней обстановке. В частности, он мог не мыться больше месяца, объясняя это тем, что «не хотел мыться в новой бане, которую недавно построили, а готов был мыться только в привычной старой, уже снесенной бане».

За три дня до госпитализации, после того как родственники без его ведома выкинули весь имевшийся в его комнате мусор, заперся в комнате, плакал, отказался от общения и еды. Говорил, что хочет умереть «от обезвоживания или сброситься с девятого этажа», но при этом никаких активных действий не предпринимал, в частности потому, что считал, что при падении с крыши многоэтажки высока вероятность остаться в живых. Учитывая тяжелое психическое состояние Артема, его мать рекомендовала ему пойти к психиатрам или психологам, но он категорически отказался.

Обеспокоенная состоянием сына, мама вызвала бригаду скорой медицинской помощи, и Артем был госпитализирован в психиатрический стационар.

Психический статус. В отделении довольно быстро адаптировался. Познакомился с соседями по палате, стал общаться со сверстниками на разные темы. Раздражительности, агрессивности, перепадов настроения не проявлял. Смотрел телепередачи, прогуливался по коридору. От еды не отказывался, аппетит был достаточный. Разговаривая с другими пациентами, мог садиться

на чужую кровать и позволял ребятам садиться на свою. Другие пациенты спрашивали его о причинах госпитализации, о его страсти к коллекционированию, задавали вопрос, зачем он это делает, на что Артем отвечал, что сам не знает. Практически с первых дней пребывания в стационаре завел определенный ритуал в раскладывании вещей на прикроватной тумбочке – всегда бумагу располагал справа, а бутылки с водой слева, по центру помещал зубную щетку и мыльницу. При другом порядке вещей испытывал дискомфорт и старался максимально быстро все вернуть на свои места. С первых дней госпитализации складывал в пакет фантики от конфет, но бутылки, упаковки от напитков и еды не собирал, а выкидывал. Перед тем как избавиться от ненужной вещи, тщательно изучал информацию, размещенную на упаковке, и записывал ее в тетрадь. Таким образом, он компенсировал отсутствие возможности фотографировать выбрасываемый мусор на телефон. В тетради, в частности, написано: «12.01 – вода «Пилигрим», малая, негаз., принесли, сделано 07.01 или раньше, 1 л.; 31.01 – печенье крекер, классический, от «Сладил», в желто-красной упаковке, 400 г. Вода «Черноголовка», вкусная, артезианская, негаз., 2,5 л». Учитывая, что в отделении периодически проверяют содержимое тумбочек и просят выкинуть ненужное, Артем заранее записал в тетрадь основную информацию, связанную с подаренными вещами: «один пациент оставил бутылку воды, хочу ее при выписке унести с собой, подаренный рисунок тоже».

Кроме этого, завел правило, в соответствии с которым очки снимал только стоя. Если же уже успевал лечь в кровать в очках, то обязательно вставал и снимал очки в соответствии с заведенным правилом. Раздевался же только лежа в постели. Не испытывал затруднений при выполнении гигиенических процедур, стал выглядеть более опрятно, несколько раз в неделю мыл волосы, расчесывал их, стриг ногти, менял одежду.

Был представлен на консультацию и консилиум через полтора месяца после госпитализации. Учитывая выставленный при госпитализации предварительный диагноз «шизофрения», за время нахождения в стационаре принимал атипичные антипсихотики (карипразин 1,5 мг, затем 3 мг). Изменений психического состояния не наблюдалось.

При проведении консилиума. В контакт вступает охотно, говорит тихим голосом, периодически плачет, особенно когда речь заходит о скандале, произошедшем дома. Расстраивается, что теперь ему некуда возвращаться,

поскольку дома «выжженная земля». Поясняет, что имеет в виду, что из его комнаты выкинуты все предметы, которые он несколько лет собирал и без которых чувствует себя сиротливо. В связи с этим считает, что ему лучше как можно дольше оставаться в психиатрическом стационаре, нахождением в котором не тяготится. Испытывает чувство стыда за свое поведение и за то, что «не оправдал надежд родителей».

Не может объяснить мотивы коллекционирования пустых бутылок, пакетов и прочих ненужных вещей. При этом соглашается, что подобное коллекционирование ненормально, и он был бы рад избавиться от него. С осторожностью и без особой надежды воспринимает слова врача о том, что это состояние поддается терапии с помощью лекарств. Сообщает, что никогда самостоятельных попыток справиться с этим не предпринимал, поскольку коллекционирование не носило тягостного характера («даже радовало»), и самым идеальным было бы, если бы родственники «оставили его в покое». Сам считает, что у него все признаки синдрома Плюшкина. Сравнивая процесс коллекционирования с навязчивым желанием мыть руки, отмечает их существенные различия: первое он совершал почти автоматически, не задумываясь о том, правильно это или нет, второе всегда сопровождалось тягостным чувством ненужности подобных действий. Выработанные в больнице правила размещения вещей в прикроватной тумбочке рассматривает как способ успокоиться и упорядочить свою жизнь.

В беседе подробно рассказывает о своем психическом состоянии, уточняет детали. Мышление последовательное, в умеренном темпе, ясно и по сути отвечает на вопросы, при необходимости уточняя свой ответ. Интеллектуально-мнестических нарушений не выявляется. Наличия суицидальных мыслей, намерений за время пребывания в отделении не отмечалось. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляется. При прощании с врачом в ответ на протянутую для рукопожатия руку смутился и, прежде чем пожать руку, вытер потную ладонь о край футболки.

Экспериментально-психологическое исследование. Во время обследования испытуемый контакту доступен, на вопросы отвечает в плане заданного, проявляя сосредоточенность на субъективно-значимых темах. Инструкции к предлагаемым методикам понимает достаточно. Работает в равномерном темпе, незаинтересованно. В процессе тестирования нарушений механического запоминания опосредованной памяти не выявляется (из 10

слов: 6-7-8-10, из 10 образов правильно воспроизвел 9). Концентрация и устойчивость внимания (по таблице Шульте: 55", 46", 44", 45") – признаки легкой неустойчивости, замедленного вырабатывания. В пиктограмме преобладают индивидуально значимые образы, склонность к детализации, стереотипии, признаки эмоциональной неустойчивости. В методике дискриминации свойств понятий некоторое расширение числа привлекаемых признаков по всем трем ключам, что указывает на снижение селективной направленности в мышлении, связанной с ослаблением способности дискриминировать признаки по степени существенности. В субтестах «понятливость» и «сходство» теста Векслера проявляет искажение процессов обобщения, опору в единичных случаях на конкретные и малосущественные признаки. Мышление с элементами субъективности, нечеткости, с неустойчивостью мотивационной направленности. По результатам проективного тестирования: МЦВ – смешанный тип реагирования, противоречивая позиция – активно-пассивная, связанная с противодействием разнонаправленных позиций. В ситуации лично значимой ведущими являются тенденции стенического круга и проявляется повышенная эмотивность. В социально значимой ситуации эти характеристики от поднятого, экзальтированного настроения до грустного. Выраженная зависимость от средовых воздействий и от ситуации успеха – неуспеха. СМОЛ: код 89 (74-68 Т) – иррациональность, своеобразие поведения и высказываний, восприятия и суждений. Трудности адаптации. Таким образом, по результатам проведения экспериментально-психологического исследования отмечаются признаки субъективизма в суждениях, неустойчивость уровня обобщений, снижение целенаправленности в мышлении. А также своеобразие мотивов поведения и высказываний, трудности адаптации.

Невролог: Резидуальная энцефалопатия с двусторонней микро-очаговой симптоматикой. Вегетативная лабильность. *Терапевт:* Недостаточность питания I степени. *ЭЭГ:* Биоэлектрическая активность головного мозга в пределах variability возрастной нормы. Ориентировочная реакция на афферентные раздражители достаточная. Очаговой медленноволновой активности и значимой межполушарной асимметрии не выявлено. Эпилептиформной активности за время проведения записи не зарегистрировано.

Обсуждение

Клинический случай Артема представляется сложным в плане как «нозологической», так и синдромальной психопатологической диагностики. Выставленный врачами при поступлении Артема в стационар диагноз «шизофрения» отражает традиционную интерпретацию случаев, в которых преобладает недоступная пониманию и объяснению симптоматика, характеризуемая терминами «нелепость», «вычурность». Нередко психиатрами в таких случаях используется понятие «фершробен» [19], в которое включается поведение пациента, характеризующееся чудаковатостью, эмоциональной парадоксальностью, эксцентричностью. В большинстве исследований данный феномен причисляется к категории шизотипического расстройства, в российских реалиях – к кругу так называемой вялотекущей шизофрении. Однако в силу неоднозначности понятия «фершробен» его неправомерно связывать исключительно с шизофреническим спектром расстройств и шизофреническим дефектом. В настоящее время ставится вопрос о необходимости сужения его границ и поиска более четких критериев дифференциации от шизофрении [20].

При поступлении в стационар психическое состояние Артема расценивалось психиатрами как отвечающее диагностическим критериям неврозоподобной шизофрении, или шизотипического расстройства. Врачами в клинической картине заболевания усматривались признаки отчужденности, эмоциональной холодности, «выхолощенности», с обеднением контактов и тенденцией к социальной аутизации. Отмечались признаки «обсессивной жвачки без внутреннего сопротивления» и парадоксальные увлечения. Исходя из этого, Артему была назначена антипсихотическая терапия.

В дальнейшем психопатологический анализ синдромов, обнаруживаемых у Артема, показал, что мы имеем дело со специфическими и разнообразными симптомокомплексами, не соответствующими диагностическим критериям расстройств шизофренического спектра. Особый интерес представлял анализ сверхценных увлечений Артема, расцененный психиатрами, осматривавшими его при поступлении в стационар, как проявления шизофренических obsessions. Поведение, которое можно назвать патологическим накопительством (хордингом), по основным параметрам отличалось от классических представлений об obsessions. В частности, в клинической картине отсутствовала типичная для obsessions «борьба мотивов», когда пациент, осознавая чуждость навязчивостей, пытается им противостоять и не

выполнять ритуальные действия, но в конце концов «сдается на милость» ананказмам. Кроме того, обсессивно-компульсивные симптомы обычно базируются на проявлениях тревожного ряда, а ритуалы служат способом компенсации выраженного беспокойства. Поведение Артема, обозначенное им как «коллекционирование», не сопровождалось «борьбой мотивов» – пациент выполнял эти действия без внутреннего сопротивления и не испытывал неприятных эмоциональных переживаний в связи с имевшейся склонностью к сохранению мусора и его систематизации. Таким образом, данный феномен должен был быть обозначен как сверхценное психопатологическое увлечение [21, 22], основанное на сверхценных идеях, а не на обсессиях. Считается, что сверхценные (аномальные) увлечения, или патологические хобби, могут встречаться у подростков и молодых людей в рамках различных психических расстройств – при формировании личностной патологии, при расстройствах аутистического спектра, в структуре шизофрении и шизотипического расстройства [23]. Утверждается, что данный клинический феномен проявляется односторонним характером увлечений, доминированием идей коллекционирования в сознании пациентов, их чрезмерной аффективной окраской, непродуктивностью, а также стойкостью и ригидностью [24]. По мнению С.А. Малиночка [25], для патологических увлечений больных с расстройствами шизофренического спектра типично доминирование в сознании и деятельности, выраженная эмоциональная насыщенность и стойкость, недостаточная критичность с ограниченной возможностью коррекции, необычность, вычурность, несоответствие хобби предшествующему жизненному опыту человека, недостаточная, узко направленная продуктивность, тесная связь с другими психическими расстройствами, хронологическое совпадение их появления с дебютом расстройств шизофренического спектра, а также склонность к прогрессирующей динамике и отчетливая социальная дезадаптация.

Если сравнить выделенные диагностические критерии патологических (аномальных) хобби при шизофрении с клиническими проявлениями сверхценных увлечений Артема (коллекционированием мусора), то следует признать, что по многим параметрам они не совпадают. Основным следует отметить отсутствие каких бы то ни было «иных расстройств шизофренического спектра». Поведение Артема нельзя отнести к вычурному, тем более что понятие «вычурность» не относится к кругу «семантически однозначных» [22]. Оно у Артема было необычным, но не выходило за рамки

традиционных представлений о парадоксальности. Сверхценное патологическое коллекционирование всегда внешне может выглядеть парадоксальным, но в этом и есть его характеристика. Из всех имевшихся у Артема аномальных увлечений подозрение в вычурности могло относиться лишь к страсти не выкидывать (хранить) салфетки с выделениями из носа и семенной жидкостью. Однако Артем объяснил подобное поведение стремлением экономить бумажные салфетки, а не какими-либо паралогичными бредовыми интерпретациями.

С нашей точки зрения, для постановки диагноза «шизотипическое расстройство» у Артема не было и нет веских клинических оснований – у него отсутствуют качественные расстройства мышления, не наблюдается ни аморфности, ни разноплановости, ни резонерства. Помимо этого, не отмечается классической аутизации, эмоциональной холодности и выхолощенности. В беседе с психиатром и общении с пациентами отделения он демонстрировал учтивость, тонкое понимание оттенков отношений. Последний феномен ярко проявил себя при завершении разговора с врачом, когда Артем, прежде чем пожать протянутую ему руку, деликатно вытер пот с ладони. В этом жесте проявились по крайней мере две особенности – наличие активного вегетативного сопровождения эмоций и улавливание тонкостей человеческих отношений. Считается, что пациенты с шизотипическим расстройством, для которых типичен сниженный уровень эмоционального реагирования (холодность, выхолощенность), частично утрачивают понимание тонкостей человеческих взаимоотношений и форм приличий. Кроме того, репертуар их вегетативных реакций сужается [26].

Таким образом, диагноз «шизотипическое расстройство или иное расстройство шизофренического спектра» у Артема был нами отвергнут, а основной проблемой дифференциальной диагностики оказалась сложность разграничения обсессивно-компульсивного расстройства и сверхценных увлечений в рамках иных психических расстройств. Было обращено внимание на то, что в клинической картине заболевания Артема имелись явные психопатологические феномены, отражавшие обсессивно-компульсивный спектр, к которым были отнесены периоды навязчивого мытья рук, возникавшие непосредственно после психотравм и длившиеся в течение полугода. Помимо этого, нами были обнаружены особые фиксированные формы поведения, не отражавшие ни сверхценных увлечений, ни обсессивно-компульсивного симптомокомплекса. Речь идет о так называемой

мотивационной ригидности, проявлявшейся в нежелании Артема менять привычную бытовую обстановку, в частности отметим отказ мыться в новой бане, стричь ногти и волосы.

Исходя из доминирования в клинической картине заболевания Артема сверхценных увлечений, определявших стиль жизни молодого человека, нами был выставлен диагноз «патологическое накопительство (хординг)», вошедший в МКБ-11 как самостоятельный в рубрике «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства» [1]. В соответствии с МКБ-11 диагноз «патологическое накопительство» (6B24) выставляется при выявлении у человека склонности к накоплению различных предметов, приводящему к захламлению жилого пространства вплоть до того, что им становится небезопасно пользоваться. Накопление происходит вследствие как повторяющихся побуждений и действий, имеющих отношение к собирательству или накоплению различных вещей, так и трудностей избавления от накопленного имущества из-за чувства необходимости его сохранения и дистресса в случае расставания с ним. Психопатологические симптомы приводят к выраженному дистрессу или значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других сферах функционирования. Данный диагноз был выделен как отличающий психическое состояние пациентов от шизофренического спектра расстройств и от классического обсессивно-компульсивного расстройства. При этом подразумевается, что хординг может представлять новый самостоятельный диагноз и быть вторичным психопатологическим синдромом в рамках других психических и поведенческих расстройств.

По данным U. Albert et al. [4], хординг может быть проявлением таких психических расстройств, как умеренно выраженная или тяжелая деменция (15-25%), шизофрения (5-40%), социальная фобия (15%), генерализованное тревожное расстройство (29%), компульсивный шопинг (62%), синдром Прадера – Вилли (37-58%), или сочетаться с ними. Известно, что хординг в виде увлечения странными видами коллекционирования типичен для людей с расстройствами аутистического спектра (РАС) [11, 27], и особенно для пациентов с синдромом Аспергера. В статье с громким названием «Я собираю, следовательно, я существую» [28] авторы отмечают, что поведение коллекционирования и накопления на протяжении всей жизни людей с синдромом Аспергера, по-видимому, служит функции создания и поддержания их самоощущения, чувства преемственности и свободы

действий. Поведение таких людей, связанное со сбором и накоплением, может отражать трудности в их самоощущении, а не быть симптомами сопутствующего психического заболевания.

В особенностях поведения Артема можно было обнаружить черты, сходные с теми, которые наблюдаются при синдроме Аспергера, в частности он проявлял так называемую мотивационную ригидность, отказываясь что-либо менять в стиле своей жизни (мыться в новой бане, стричь ногти и волосы), был склонен к накопительству и коллекционированию странных вещей (выделений из носа и при мастурбации). Однако основополагающих диагностических критериев синдрома Аспергера у Артема не наблюдалось.

Несмотря на то что в МКБ-11 хординг рассматривается в разделе «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства», значимым является дифференциация между этими состояниями (таблица 3).

Таблица 3. Дифференциация хординга как самостоятельного диагноза и хординга как дименсии ОКР [4]

	Хординг	Хординг как дименсия ОКР
Связь хординга с Obs-сиями и комп-сиями	Не имеет связи с Obs-сиями и комп-сиями	В основном обусловлено прототипическими навязчивыми идеями или является результатом постоянного избегания обременительных принуждений
Проверка поведения, связанного с накопительством	Редкая	Частая и тяжелая
Навязчивые идеи, связанные с накопительством (например, катастрофические последствия или магическое мышление)	Нет	Есть
Психические принуждения, связанные с накоплением (например, потребность запоминать и вспоминать выброшенные предметы)	Нет	Есть
Эгосинтония/эгодистония	Обычно эгосинтония: существование мыслей связано с приятными чувствами безопасности	Обычно эгодистония: навязчивые или нежелательные повторяющиеся мысли
Наличие других Obs-сивно-компульсивных симптомов, кроме накопительства	Нет	Есть
Дистресс	Происходит из беспорядка	Следствие навязчивостей
Основная причина хординга	Внутренняя, связанная с субъективной ценностью	Другие навязчивые темы
Тип хординга		
Общие предметы	Да	Да
Странные предметы	Нет	Да
Чрезмерное приобретение	Обычно присутствует	Обычно не присутствует
Возраст начала	До 30 лет	Около 20 лет
Понимание (осознание)	Плохое или отсутствующее	Обычно хорошее
Курс накопительства	Имеет тенденцию усиливаться по мере взросления	Обычно не усиливается по мере взросления
Глобальное влияние на адаптацию	Обычно умеренное	Обычно тяжелое

На основании соотнесения перечисленных дифференциально-диагностических критериев с имевшимися у Артема клиническими

проявлениями можно сделать вывод, что перед нами хор-динг как самостоятельное расстройство, а не дименсия ОКР. При этом приходится констатировать, что у Артема, помимо хординга, наблюдались и клинические проявления ОКР, то есть имела место коморбидность данных расстройств.

По данным А. Petruso et al. [8], от 15% до 40% пациентов с ОКР имеют также симптомы хординга, и наоборот, примерно у половины пациентов с хордингом обнаруживается сопутствующее обсессивно-компульсивное расстройство (рисунок 2).

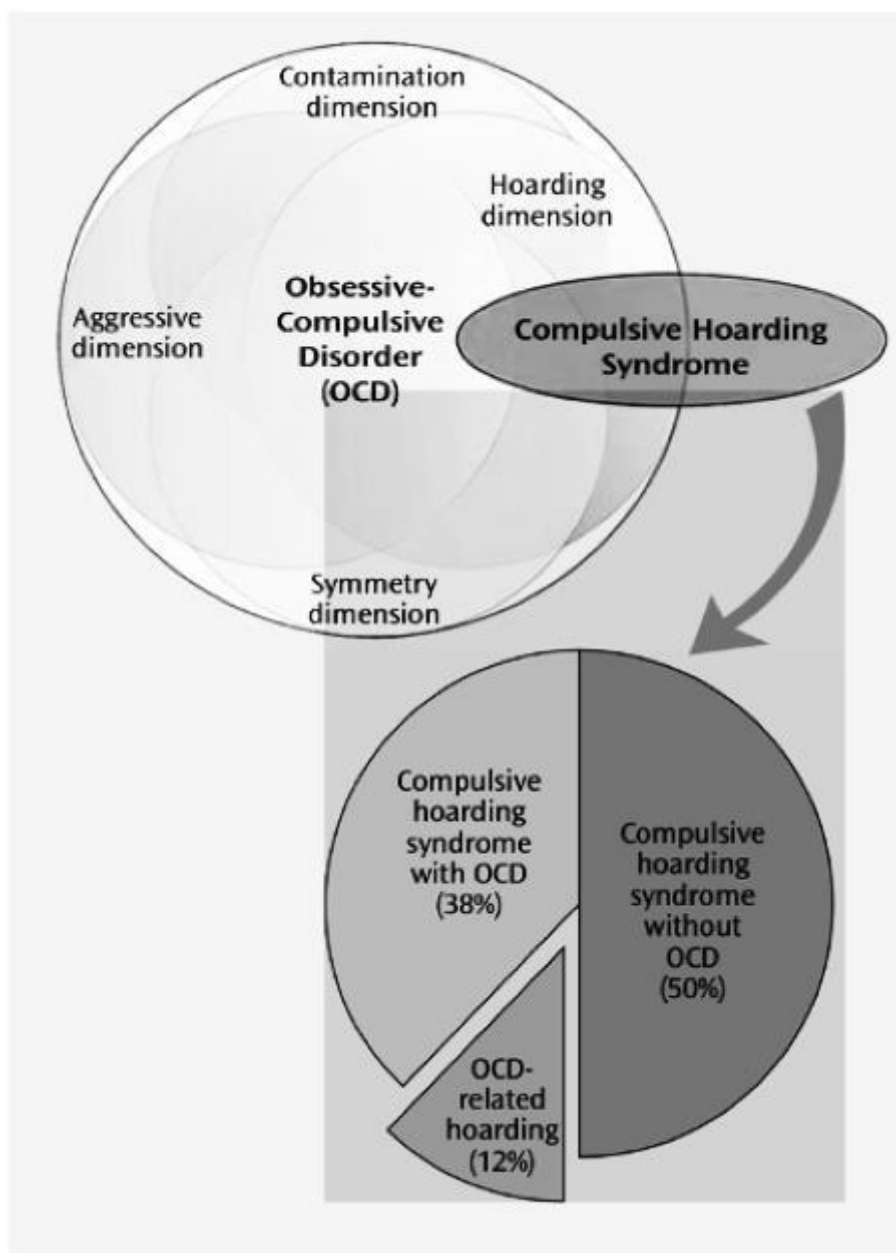


Рисунок 2. Соотношение частоты коморбидности хординга и ОКР [8]

Подавляющее большинство пациентов с хордингом в сочетании с ОКР феноменологически сопоставимы с теми, у кого нет коморбидного ОКР. Однако у небольшой группы пациентов с хордингом при ОКР накопительное поведение может иметь особые характеристики и быть связанным с навязчивыми темами. В настоящее время неясно, следует ли в этих случаях считать патологическое накопительство первичным симптомом ОКР или поведением, вторичным по отношению к другим параметрам симптомов ОКР. Сложным остается вопрос о том, должны ли параметры симптомов ОКР определяться на основе специфического поведения, например проверок накопления или мотивации, управляющей этим поведением (страх причинения вреда, страх потери вещей и т.д.).

Представленный клинический случай 20-летнего Артема демонстрирует типичные проявления нового для современной психиатрии диагноза «хординг» (патологическое накопительство), нуждающегося в формировании у психиатров новых алгоритмов диагностического мышления и отказа от трактовки парадоксального, кажущегося вычурным поведения как относящегося к кругу шизофренических расстройств. Терапия хординга, как и любого иного расстройства, относимого к обсессивно-компульсивному спектру, представляет собой нелегкую задачу. К основным методам лечения относят когнитивно-поведенческую терапию и применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [29]. Назначение Артему одного из антидепрессантов из группы СИОЗС (флувоксамина в дозе 150 мг) в течение трех недель привело к некоторому смягчению психопатологической симптоматики. Дальнейшее наблюдение за изменениями психического состояния Артема позволит уточнить возможности коррекции наблюдаемого у него хординга в процессе терапии.

Литература

1. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2022: 432. DOI:10.31453/kdu.ru.91304.0172.

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Kanat B. B., Altunoz U., Kinci S. *et al.* Hoarding Behaviour in Three Different Types of Dementia Cases. *Turk Psikiyatri Derg.* 2016; 27 (2): 0.
4. Albert U., De Cori D., Barbaro F. *et al.* Hoarding disorder: a new obsessive-compulsive related disorder in DSM-5. *Journal of Psychopathology* 2015; 21: 354-364.
5. Mataix-Cols D., Fernandez de la Cruz L. Hoarding disorder has finally arrived, but many challenges lie ahead. *World Psychiatry.* 2018; 17 (2): 224-225. DOI:10.1002/wps.20531.
6. Schou M. L., Urfer-Parnas A., Parnas J. The Hoarding Phenomenon in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychopathology* 2020; 53: 111-117. DOI: 10.1159/000508453.
7. Pertusa A., Bejerot S., Eriksson J. *et al.* Do patients with hoarding disorder have autistic traits? *Depress Anxiety.* 2012; 29 (3): 210-218. doi: 10.1002/da.20902.
8. Pertusa A., Fullana M. A., Singh S. *et al.* Compulsive Hoarding: OCD Symptom, Distinct Clinical Syndrome, or Both? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1289-1298.
9. Bratiliotis Ch., Muroff J., Lin N. X. Y. Hoarding Disorder: Development in Conceptualization, Intervention, and Evaluation. *Focus* 2021; 19:392-404; doi: 10.1176/appi.focus.20210016.
10. Postlethwaite A., Kellett S., Mataix-Cols D. Prevalence of hoarding disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* 2019; 256: 309-316. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.004>.
11. Pertusa A., Bejerot S., Eriksson J. *et al.* Do patients with hoarding disorder have autistic traits? *Depression and anxiety.* 2012; 29: 210-218. DOI 10.1002/da.20902.
12. Ivanov V. Z., Mataix-Cols D., Serlachius E. *et al.* Prevalence, Comorbidity and Heritability of Hoarding Symptoms in Adolescence: A Population Based Twin Study in 15-Year Olds. *PLoS ONE.* 2013; 8 (7): e69140. doi:10.1371/journal.pone.0069140.
13. Lin N., Bacala L., Martin S. *et al.* Hoarding Disorder: The Current Evidence in Conceptualization, Intervention, and Evaluation. *Psychiatr Clin North Am.* 2023; 46 (1): 181-196. doi: 10.1016/j.psc.2022.10.007.
14. Pertusa A., Frost R. O., Mataix-Cols D. When hoarding is a symptom of OCD: a case series and implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2010; 48:1012-1020.
15. Novara C., Bottesi G., Dorz S. *et al.* Hoarding Symptoms Are Not Exclusive to Hoarders. *Front. Psychol.* 2016; 7:1742. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01742.

16. Frank FL, Stewart E., Walther M. et al. Hoarding behavior among young children with obsessive-compulsive disorder. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2014. 3 (1): 6-11. doi:10.1016/j.jocrd.2013.11.001.

17. Worden B. L., Tolin D. F. Co-occurring Obsessive-Compulsive Disorder and Hoarding Disorder: A Review of the Current Literature. J Cogn Psychother. 2022; 36 (4): 271-286. doi: 10.1891/jcp-2021-0010.

18. Sordo Vieira L., Guastello A., Nguyen B. et al. Identifying psychiatric and neurological comorbidities associated with hoarding disorder through network analysis. J Psychiatr Res. 2022; 156: 16-24. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.09.037.

19. Смулевич А. Б., Романов Д. В., Мухорина А. К. и др. Феномен фершробен при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (типологическая дифференциация). Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017; 117 (1): 5-16.

20. Атаджыкова Ю. А., Ениколопов С. Н. От феномена шизотипии к синдрому «фершробен»: историческая перспектива и актуальные проблемы// Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон, науч. жури. 2016;

4 (14) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 19.02.2023).

21. Менделевич В. Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016. 128 с.

22. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. М.: Городец, 2016. 386 с.

23. Дейч Р. В. Клинико-динамические аспекты феномена аномальных увлечений у детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия. 2011; 6: 16-21.

24. Сергеев И. И., Малиночка С. А. Патологические интересы и увлечения при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008; 5: 54-67.

25. Малиночка С. А. Патологические увлечения у больных с расстройствами шизофренического спектра и их влияние на социальное функционирование больных: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 2009.

26. Алфимова М. В., Мельникова Т. С. Психофизиология эмоциональных реакций при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012; 112 (1): 106-113.

27. Ребер М. Е. Расстройства аутистического спектра. Научные подходы к терапии. М.: Бином, 2017. 424 с.

28. Skirrow P., Jackson P., Perry E. *et al.* Collect Therefore I am-Autonoetic Consciousness and Hoarding in Asperger Syndrome. Clin Psychol Psychother. 2015; 22 (3): 278-284. doi:10.1002/ cnp.1889.

29. van Roessel P. J., GrassiG., Aboujaoude E. N. *etal.* Treatment-resistant OCD: Pharmacotherapies in adults. Compr Psychiatry. 2023; 120: 152352. doi:10.1016/j.comppsy.2022.152352.

Владимир Давыдович Менделевич – российский психиатр, психотерапевт, нарколог, клинический психолог, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья. Автор более 70 книг и учебников, 750 научных статей. Член правления Российского общества психиатров. Член Общественной палаты Республики Татарстан.

Обычно психиатрия предстает перед читателем в виде учебников, монографий, научных статей, в которых автор сосредоточивается на описании психопатологических симптомов, закономерностей проявления различных психических и поведенческих расстройств. Нередко за повествованием о психиатрии теряется сам человек, страдающий душевным недугом.

Но есть и иной способ познакомиться с психиатрией: изучить ее сквозь призму конкретного пациента, уникальных случаев болезни и увидеть за симптомами лицо и душу. Именно такому подходу и посвящена книга «Психиатрия в лицах пациентов». В книге собраны необычные, трудные для дифференциальной диагностики клинические примеры из жизни конкретных больных, наблюдавшихся у нас на протяжении последних лет.

Надеемся, что книга заинтересует коллег – ¹ психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, наркологов, неврологов и всех, кому небезразлична судьба пациентов и кто стремится к объективности в психиатрии.

ПСИХИАТРИЯ В ЛИЦАХ ПАЦИЕНТОВ

ДИАГНОСТИЧЕСКИ НЕОДНОЗНАЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
СЛУЧАИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Владимир Менделевич



25
ГОРОДЕЦ

Примечания

1

В соавторстве с В. Н. Коноваловой, Г. М. Галиуллиной и Л. К. Галиуллиной.

[Вернуться](#)

2

В соавторстве с А. С. Ивашевым, Т. Р. Газизуллиным и Е. Г. Менделевия.

[Вернуться](#)

3

Предложенный математиком и философом Блезом Паскалем аргумент для демонстрации рациональности религиозной веры, заключающийся в том, что «если человек верит в Бога, а его нет, он ничего не теряет. Но если он не верит в Бога, а он есть, человек теряет все».

[Вернуться](#)

4

Иногда в качестве синонима используется термин «высокофункциональный аутизм» [8].

[Вернуться](#)

5

В соавторстве с И. А. Митрофановым.

[Вернуться](#)

6

В соавторстве с Д. А. Яковлевым.

[Вернуться](#)

7

Великая Е. <https://vk.com/@elenagreatrich-podselency-v-cheloveke-lyarvy>"
besy-rokoinki

[Вернуться](#)

8

Обследование проводилось посредством видеосвязи через Telegram 10 декабря 2020 г. с информированного согласия Пирогова Г. В.

[Вернуться](#)

9

Представлен женой Пирогова Г. В. посредством электронной переписки в Telegram. Публикуется с ее согласия.

[Вернуться](#)

10

https://www.youtube.com/watch?v=kyA7_nvzsYY&t=1474s (дата обращения: 2.02.2023).

[Вернуться](#)

11

Международная классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10 <http://ncpz.ru/lib/55/book/14/chapter/4> (дата обращения: 2.02.2023).

[Вернуться](#)

12

В соавторстве с Н. Б. Муллиной.

[Вернуться](#)

13

Было проведено нами 8 октября 2014 г. с использованием интернет-коммуникации посредством системы Skype с устного информированного согласия испытуемого, находившегося в момент обследования в г. Санкт-Петербурге.

[Вернуться](#)

14

«Бомбастика» – повесть Александра Бренера и Барбосы Фамозы, в которой главная героиня – сорвиголова, хулиганка, волшебница – щекочет неповоротливую буржуазную Европу, доставая из исполинского влагалища всевозможные орудия труда и обороны; там прячется даже верблюд, привезенный из Самарканда. Когда Бомбастике удастся отбиться от агентов всемирной машины подавления, она читает лекции зрителям, сбежавшим из зала, где продолжается скучнейший всемирный спектакль [Д. Волчек, Поэт, боксер, хулиган. [Электронный ресурс] URL: <http://www.svoboda.mobi/a/26600501.html> (дата обращения: 4.02.2023)].

[Вернуться](#)

15

См. подробнее: Hickling F. W. The Political Misuse of Psychiatry: An African-Caribbean Perspective // J Am Acad Psychiatry Law. 2002. Vol. 30, № 1. P. 112-119.

[Вернуться](#)

16

П. Павленскому, помимо диагноза «эмоционально неустойчивое расстройство личности», выставлялся диагноз «смешанное расстройство личности», который нередко используется судебными психиатрами для

характеристики поведенческих особенностей представителей современного искусства (арт-активизма) – Надежды Толоконниковой, Марии Алехиной и Екатерины Самуцевич из Pussy Riot.

[Вернуться](#)

17

Минюстом РФ признана экстремистской организацией в 2022 г.

[Вернуться](#)

18

Частные образовательные учреждения.

[Вернуться](#)

19

Соложенкин В.В. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии, <http://medpsy.ru/society/society097.php> (дата обращения: 4.02.2023).

[Вернуться](#)

20

О равенстве (идентичности) терминов «психическое расстройство» и «психическое заболевание» было указано в справке эксперта-психиатра, приобщенной к делу Ю. Савиновских: «Расстройство половой идентичности, включая транссексуализм, относится к категории психических расстройств. В Международной классификации болезней МКБ-10 этот термин используется вместо „психического заболевания^».

[Вернуться](#)

21

В соавторстве с В. А. Солдаткиным, Ю. П. Сиволапом, А. И. Ковалевым и И. А. Лубянко.

[Вернуться](#)

22

В соавторстве с В. А. Солдаткиным, Ю. П. Сиволапом, М. Н. Крючковой и Х. С. Ибишевым.

[Вернуться](#)

23

Наблюдение Д. М. Менделевича, Ф. Ф. Гатина и И. А. Митрофанова.

[Вернуться](#)

24

В соавторстве с К. А. Габутдиновым и В. В. Руженковой.

[Вернуться](#)